Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4—5 Bogen. Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 M., ins Ausland 7.50 M. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 10. 6. März 1900.

Redaction: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20.

47. Jahrgang

Originalien.

Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik Greifswald.

Beitrag zur Totalexstirpation des completen Scheiden- und Uterusvorfalles nach A. Martin.

Von Dr. L. Froriep, Assistenzarzt der Klinik.

In der geburtshilflichen Section der Naturforscherversammlung zu Düsseldorf 1898 (Berl. klin. Wochenschr. 1898, No. 40) hat A. Martin über eine Operationsmethode bei totalem Prolaps des Uterus und der Vagina berichtet, die bei alten Frauen die extremsten Fälle durch totale Entfernung beider Theile zur radicalen Heilung zu bringen bezweckt. Fritsch lässt, wie Asch berichtet (Arch. f. Gynäk., XXXV, 1889) bei seiner Totalexstirpation noch einen Rest der Scheide bestehen; „aber bei aller Anerkennung des Werthes der Erhaltung selbst eines bescheidenen Scheidenrestes“, sagt A. Martin, „ist doch kaum zu bestreiten, dass tiefgreifende Veränderungen, welche die zu Tage liegenden, evertirten Vaginalwände in Form von tiefen Ulcerationen und Narben, insbesondere von erfolglosen Kolporrhaphien in vielen Fällen zeigen, dem Bestreben, daraus eine annähernd brauchbare Scheide zu reconstruiren, ein absolutes Hinderniss in den Weg stellen können. Kommen dazu ausgedehnte Verwachsungen des Uterus in dem aus der Vulva heraushängenden Trichter, Neubildungen im Corpus, chronische eitrige Entzündungsherde in den Adnexorganen, dann scheitern nicht nur alle Versuche, die Frauen durch die bekannten Kolporrhaphien von ihren Beschwerden zu befreien und arbeitsfähig zu machen, dann genügt auch nicht die Exstirpatio uteri und daran anschliessende Excision eines Theiles der Scheide und eine etwaige Dammplastik, dann erübrigt in solchen extremsten Fällen nur eine Exstirpation der Scheide mit dem Uterus und, wenn möglich, mit seinen Adnexen, zunächst ohne specielle Rücksicht auf spätere Copulationsfähigkeit.“ Dies sei kurz zur Erläuterung der Indicationsstellung erwähnt.

Das eine Radicalheilung involvirende Princip der Martin'schen Methode besteht darin, nach der Totalexstirpation durch Vernähung der beiderseitigen Ligamentstümpfe mit den Scheidenresten eine Retraction letzterer nach oben zu bewirken und durch die dadurch erreichte Spannung einem neuen Vorfall entgegenzuarbeiten. Zugleich soll die Sicherstellung eines eventuellen Rectumdivertikels bezw. einer Cystocele erreicht werden.

Die Technik, dieser Forderung gerecht zu werden, ist folgende: Zunächst wird mit dem Messer die Grenze zwischen Scheide und Vulva ringsum umschnitten. Vorn läuft die Schnittlinie etwa 2 cm hinter dem Orific. urethrae externum. Nun wird der Prolaps soweit als möglich nach oben gezogen. Die hintere Scheidenwand wird in der Mitte durch Längsschnitt durchtrennt. Der Schnitt trifft die hintere Wand des Collum und wird bis zur Eröffnung des Cavum Douglasii durchgeführt. Hiebei muss auf eventuelle Rectumdivertikel geachtet werden: findet sich ein solches, so wird es zurückgeschoben und dann der Douglas'sche Raum eröffnet. Sofort wird der Peritonealwundrand an die entsprechende Peripherie des Scheidenwundrandes angenäht. Die hierzu zu untergreifende Gewebsmasse ist nicht sehr massig. Die Nadeln werden von aussen, jenseits des Umschneidungsschnittes eingestochen. Der Boden des Douglas wird nach Analogie des von A. Martin für die Totalexstirpation des Uterus in der Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten, 1885, angegebenen Verfahrens vernäht, indem grosse Nadeln nach derjenigen Stelle an den Seiten des Douglas'schen Raumes vorgeschoben werden, welche der daselbst eingeführte Zeigefinger entgegendrängt.

Das unterstochene Gewebe wird etwa 1 cm über dem Faden mit der Scheere abgeschnitten. In der Regel genügen 3 solcher Ligaturen zu jeder Seite, also 6, um die hintere Peripherie der Umschneidungslinie zu versorgen.

Wenn möglich, wird jetzt schon auf beiden Seiten die Ablösung der hinteren Hälfte der Pars cardinalis lig. lati in Angriff genommen. Hier kann zunächst die Scheide von der Umschneidungslinie aufwärts abgelöst werden. Dann drängt der eingeführte Zeigefinger einen Abschnitt des Ligamentum latum herunter, eine grosse Nadel wird von aussen bis in das Peritoneum geführt, hier herausgestochen, dicht daneben wieder eingestochen und nach aussen, jenseits der Umschneidungslinie herausgeführt. Mit je drei solcher Nadeln wird auf beiden Seiten die Ablösung der Scheide von ihrer Unterlage und des Lig. latum vom Collum bis etwa in die Mitte der Vulva durchgeführt.

Nun wird der ganze Vorfall nach abwärts gezogen, vorne unterhalb der Urethralöffnung, vom Circumcisionsschnitt nach der Portio, ein Längsschnitt geführt, die Scheidenwand von hier aus beiderseits etwa 5 cm breit von der Blase abgelöst. Zur Eröffnung der Plica vesico-uterina wird die Blase vom Collum uteri abgeschoben. Sofort nach Eröffnung des Peritoneum werden die Peritonealwundränder mit denjenigen des Scheidenrestes unter der Urethra vernäht. Jetzt gelingt es leicht, die Scheide rechts und links von ihrer Unterlage weiter abzulösen und den Rest des Ansatzes der Pars cardinalis lig. lat. mit Nadeln von dem peripheren Cirkelschnitt aus zu umfassen. Auch hier wird das zu durchschneidende Gewebe so unterbunden, dass jede unbequeme Blutung aus der Art. uterina vermieden wird. Ist die Pars cardinalis abgelöst, so spannt sich der obere Theil des Lig. lat. leicht bei seitlicher Hervorleitung der Uteruskante. Tube und Ovarium, das Lig. ovarico-pelvicum werden sichtbar. Hier kann die Unterbindung in situ erfolgen oder eben in der Weise, dass die Fäden wieder vom nächstgelegenen Theil des Cirkelschnitts an bis zum Peritoneum und von da zurückgeführt werden. Ist dann die eine Seite des Uterus, eventuell mit Ovarium und Tube, abgelöst, fällt die ganze Masse heraus, so lässt sich die andere Seite meist leicht in ähnlicher Weise versorgen.

Der nach Entfernung des Uterus und der Scheide entstandene Trichter ist vom Peritoneum überkleidet. Man sieht keine Wundfläche: es blutet nicht. Durch die Retraction der Ligamentstümpfe aber wird der Vulvarand tief eingezogen. Die ganze Oeffnung erscheint so verjüngt, dass in der Regel Darmschlingen nicht herunterfallen, oder jedenfalls leicht mit einem Tupfer zurückgehalten werden können. Der Abschluss wird durch Vernähung nach Art der queren Obliteration der Vulva erreicht, durch Fäden, welche den ersten circulären Incisionsschnitt breit untergreifen, und zu 4 oder 5 zwischen der Commissura post. bis an die Urethra angelegt werden, dass breite Peritonealflächen von beiden Seiten breit aufeinander gepresst werden.

Ueber die nach diesem Principe operirten Fälle wurde von A. Martin auf der Naturforscherversammlung in Düsseldorf

1898 (l. c.) berichtet. Ausserdem wurden danach noch 6 andere Fälle von ihm von Herbst 1898 bis Ostern 1899 operirt.

Es fanden sich seitdem an der hiesigen Klinik 6 Fälle, bei welchen ebenso verfahren werden konnte. Sie sollen zunächst folgen:

I. 4. V. 99. Arbeitersfrau M. Schw., 49 Jahre alt, hat 11 mal geboren, zuletzt vor 4 Jahren. Bei den letzten Geburten war Kunsthilfe nothwendig. Wochenbette normal. Ausserdem drei Aborte, der letzte vor mehreren Jahren. Menopause seit 1½ Jahren. Es bestehen Rückenschmerzen und Schmerzen in der Vaginalgegend. Seit 2 Jahren soll der Unterleib immer stärker geworden sein. Appetit gut. Stuhlgang angehalten. Urinlassen ohne Schwierigkeit. In letzter Zeit will Patientin immer magerer geworden sein.

Es besteht ausgedehnter Windbauch, dagegen findet sich ein Totalprolaps der Vagina und des Uterus. Die Vaginalschleimhaut ist vollständig epidermisirt, auf der Hinterseite derselben ein langes Ulcus decubitale. Das Collum ist elongirt und ist atrophisch. Die Adnexe ohne Besonderheiten. In dem vorderen Theile des Prolapses liegt der grössere Theil der Blase, in dem hinteren ein grosses Rectumdivertikel.

12. V. 99. Operation. Die Vagina ist vollkommen evertirt. Der Uterus wird stark nach vorne in die Höhe gezogen und die Vagina etwa 2—3 cm von ihrer äussersten Grenze umschnitten. Nach Eröffnung des D o u g l a s'schen Raumes entleert sich etwas klare peritoneale Flüssigkeit. Bis zur Umschneidungslinie wird das Rectumdivertikel zurückgeschoben und hier die Serosa mit der Schleimhaut vernäht. Die hintere Peripherie des Peritoneums wird gesichert. Die Eröffnung der Excavatio vesico-uterina erfolgt ohne Schwierigkeiten. Nachdem das Peritoneum über die Blase mit dem Schnittrand an die vordere Scheidenwand innig verbunden ist, wird die Ablösung vollendet. Tuben und Ovarien werden mit 3 Ligaturen versorgt. Die Adnexe werden abgetragen, die Stümpfe der Ligamente in die Seiten der Scheidenreste eingenäht und damit complete Blutstillung erreicht. Nachdem durch Nähte die Versorgung des Peritoneums auch hinten vollständig durchgeführt ist, wird der Verschluss des Spaltes durch innige Vernähung der Ränder von vorn nach hinten vollendet. Perineauxesis nach H e g a r.

3. VI. 99. Geheilt entlassen. Es hat sich durch Retraction der Ligamentstümpfe eine für etwas mehr als ein Fingerglied eingängige Tasche gebildet. Die Verheilung resp. Vernarbung ist als eine gute zu betrachten.

11. X. 99. Nachuntersuchung.

Die Vulva ist geschlossen und öffnet sich nur leicht bei Druck mit der Bauchpresse. Die Vaginaltasche ist etwa ein Fingerglied tief. An ihrer Vorderwand zeigt sich eine leichte Hervorwölbung, Kystocele, welche an den oberen Partien von einem querverlaufenden schmalen, etwa 1 cm breiten Peritonealstreifen überzogen ist. Die Taschenecken sind trichterförmig nach oben gezogen und werden durch derbe Stränge fixirt. Kein Rectumdivertikel. Die Frau befindet sich ausserordentlich wohl und verrichtet ohne die geringsten Beschwerden ihre Feldarbeiten. Urinlassen, sowie Stuhlgang sind in Ordnung. Die sexuellen Beziehungen sind angeblich befriedigend.

II. 31. V. 99. Arbeiterswittwe K. T., 67 Jahre alt. Klagt über Vorfall seit vielen Jahren. Früher hat sie ein Pessar getragen, nicht mehr seit 6 Jahren. Jetzt besteht angeblich Harnträufeln. Menopause seit 13 Jahren. Eine Geburt vor 31 Jahren.

Weit klaffender Scheideneingang mit Dammriss. Die Scheide ist in toto vorgefallen und zeigt seitlich zwei grosse Decubitalgeschwüre. Die Portio ist penisartig hypertrophirt, das Collum elongirt. Der Uterus selbst liegt retroflectorisch im Vorfall.

6. VI. 99. Operation. Nachdem die decubitalen Partien mit aufgenähten sterilen Wattetampons bedeckt sind, wird auf das hintere Scheidengewölbe eingeschnitten und wir kommen zu dem ganz atrophirten Uterus. Nachdem die Scheide ungefähr 1 cm hinter der Grenze von Schleimhaut und Epidermis durchschnitten, wird an der tiefsten Stelle das Peritoneum mit der durchschnittenen Stelle zusammengebracht. Dann wird die hintere Peripherie des Introitus umnäht unter Vereinigung von Peritoneum und äusserer Haut. Es wird zur Kolpotomie geschritten. Nachdem die Excavatio vesico-uterina eröffnet ist, wird der Rand des Peritoneums mit 3 Suturen festgelegt. Nun wird die Kolpotomie vollendet und unter voller Entwickelung des Uterus nach aussen die Ablösung nach links begonnen. Zur Ablösung nach rechts bedarf es einer grossen Anzahl vonVernähungen. Dann aber gelingt die Vernähung derartig, dass bei sehr geringem Blutverlust die Ablösung durchgeführt wird. Es wird nunmehr, nachdem der Uterus entfernt, der Rand des Peritoneums unter der Blase dicht unter dem Orificium urethrae ganz an den Rand der Scheide festgenäht unter ausgedehnter Umstechung der grossen Wundfläche. Es wird die Vernähung der Blase über den Stumpf der Ligatur hin an den äusseren Wundrand durchgeführt. links ohne Schwierigkeiten, rechts stülpt sich der Stumpf immer wieder von Neuem vor. Der Schlitz im Beckenboden wird quer durch fünf Suturen fest verschlossen. Es bildet sich aus dem Reste der Scheide eine für das Nagelglied geräumige Vertiefung. Auf eine Kolporrhaphie wird verzichtet. Der Katheter dringt ohne Schwierigkeit bis auf die in der Bauchhöhle nunmehr gelegene Blase vor. Eine mässige Menge klaren Urins wird entleert.

27. VI. Patientin geheilt mit guter Narbenbildung entlassen.

26. VII. Nachuntersuchung. Blasenbasis vorgewölbt in fünfmarkstückgrosser Ausdehnung von Peritoneum überzogen. Die Taschenecken werden trichterförmig durch derbe Stränge nach oben gezogen. Die Narbenbildung ist eine gute zu nennen.

III. 14. VI. 1899. Frau St., 54 Jahre alte Bauersfrau, klagt über Vorfall der Gebärmutter und Schmerzen im Unterleib. Menopause seit 1½ Jahren. Seit 2 Monaten besteht ein eiteriger Ausfluss und daneben spärliche Blutungen. 5 Geburten ohne Kunsthilfe. 1 Abort. Appetit mangelhaft. Stuhlgang und Urinlassen in Ordnung. Aus dem weitklaffenden Scheideneingang drängt sich die ganze vordere Scheidenwand, sowie der grösste Theil der hinteren hervor. Die vordere Muttermundslippe bedeckt eine markstückgrosse Erosion. Zugleich besteht ein alter Dammriss. Der Uterus liegt retrovertirt im Vorfall, ist druckempfindlich, aber nicht pathologisch verändert. Das rechte Ovar ist mit seiner Umgebung verwachsen und sehr druckempfindlich. Die linken Adnexe scheinbar normal.

20. VII. 99. Operation. Der Uterus wird in ganzer Ausdehnung nach unten gezogen, so dass der ganze Prolaps zu Tage tritt. 1½ cm vom Ansatz der Scheide wird ein Markirungsschnitt gemacht und durch Verticalschnitt der Boden des D o u g l a s'schen Raumes eröffnet. Dann wird nach beiden Seiten bis zur Medianlinie eine Abtrennung von der Pars cardinalis durchgeführt und Peritoneum und Rudimente der Scheide vernäht. Blutung sehr gering. Umschneidung der vorderen Scheidenwand ohne Schwierigkeit. Ablösung derselben. Es gelingt, die Excavatio vesico-uterina zu eröffnen, die Plica soweit abzulösen, dass mit 3 Suturen vom Peritonealrand über der Blase die ganze Wundfläche umgriffen und vernäht werden kann. Ablösung nach links. Linkes Ovar senil atrophisch. Die Tube und die Ovarien werden zurückgelassen. Die Ligg. lata werden ohne Schwierigkeit versorgt. Die Versorgung nach links ist schwieriger. Rechtes Ovar und Tuben kommen herunter, werden abgebunden, der Stumpf versorgt und mit der linken Hand durch Seidennähte festgelegt. Ablösung des Uterus und der Scheide. Vernähung der Rudimente der vorderen und hinteren Scheidenwand. Hiermit Abschluss. Blase enthält reichlich klaren Urin. Perineauxesis nach H e g a r.

14. VII. 99. Geheilt entlassen.

18. X. 99. Nachuntersuchung. Allgemeinbefinden gut. Keine Beschwerden, auch nicht bei der Arbeit. Die Vulva klafft nicht. Die Tasche für ein Fingerglied eingängig. Die beiden seitlichen Ecken zeigen sich durch einen derben, strangartigen Narbenzug trichterförmig nach oben gezogen. Die Blasenbasis ist ganz gering vorgewölbt und unterhalb der Taschenfalte von einem schmalen, quer verlaufenden Peritonealstreifen überzogen.

IV. 21. VI. 99. Ledige Arbeiterin J. Schr., 45 Jahre alt, klagt über Schmerzen im Kreuz und in den Seiten. Seit dem letzten Wochenbett vor 18 Jahren, von 4 wöchentlicher Dauer, bemerkt Patientin, dass ihr etwas aus der Scheide vorfiel. Vom Arzt wurde ein Pessar eingelegt, welches längere Zeit getragen wurde. Der Vorfall wurde allmählich immer grösser. Erste Regel im 16. Jahre, letzte Regel vor 8 Tagen. 2 Geburten ohne Kunsthilfe. Kein Abort.

Die Scheide ist total vorgefallen, die Portio faustdick vergrössert. Der ganze Prolaps oedematös geschwollen, überall fast 1 cm tiefe Ulcera decubitalia. Die Cervix ist enorm ausgezogen. Der Uteruskörper liegt retrovertirt dem Beckenboden auf.

27. VI. 99. Operation. Der ganze Vorfall wird stark angezogen und nach oben gehoben. An der Grenze der Vulva und Vagina wird umschnitten. Das hintere Scheidengewölbe wird sagittal gespalten. Durch oedematöse Gewebemassen wird das stark oedematöse Peritoneum erreicht und eröffnet. Umsäumung der hinteren Peripherie mit 3 Fäden, welche den Stumpf der Scheidenwand mit dem peritonealen Schlitz vereinigen. Ablösung der rechten Scheidenwand durch starre Verwachsungen in hohem Maasse erschwert. Es gelingt, den ziemlich grossen Uteruskörper nach hinten vorzuleiten, dann von oben her die Plica zu entfalten und zu eröffnen. Das Peritoneum wird in die Scheide eingenäht. 3 Fäden werden zugleich oberflächlich geknotet. Dann Ablösung der Blase. Nach links wird der Stumpf der Pars cardinalis lig. lati unterbunden, eine Ligatur um das Lig. ovarico-pelvicum gelegt. Dann Ablösung der Scheide rechts. Es stellt sich heraus, dass ein 1 cm breiter Zipfel der hinteren Scheidenwand erhalten ist. Die Blase enthält klaren Urin. Perineauxesis nach H e g a r.

28. VII. 99. Geheilt entlassen. Gute Narben- und Taschenbildung.

18. X. 99. Nachuntersuchung. Nicht klaffende Vulva. In die Vaginaltasche kann man mit einem Fingergliede eingehen. Es besteht weder Kystocele noch Rectocele. Die Narbenbildung ist eine glatte, die beiden seitlichen Taschenecken gehen trichterförmig nach oben und werden durch strangförmige Gebilde fixirt. Das Allgemeinbefinden ist im Ganzen gut, doch werden über Kreuz- und Leibschmerzen Klagen geführt, die wohl mit dem ungeregelten Stuhlgang in Zusammenhang zu bringen sind.

V. 3. VII. 99. Arbeitersfrau H. K., 45 Jahre alt. Patientin klagt über Vorfall, über Kreuzschmerzen und dicken Unterleib. Vor 5 Jahren die erste Geburt normal in ihrem Verlauf. Vor 3 bis 4 Jahren habe sie beim Heben einer schweren Last plötzlich heftige Schmerzen im Kreuze und etwa 8 Tage später einen Vorfall bekommen, der allmählich bedeutender wurde. Vor ¼ Jahr 2. Geburt. Im 2. Monat der Schwangerschaft blieb der Vorfall zurück. Die Geburt erfolgte ohne Kunsthilfe, 8 tägiges Wochenbett. Nach 14 Tagen erschien der Vorfall bereits wieder. Seit 4 Wochen ist er nicht mehr reponibel. Erste Regel mit 19 Jahren. Seit dem Wochenbett ausgeblieben. Urinlassen in Ordnung ebenso Stuhlgang. Appetit seit 4 Wochen schlecht.

Die Scheide ist vollständig evertirt und an der Vorder- und den beiden Seitenflächen stark oedematös. Die Portio ist stark verdickt, von einem fünfmarkstückgrossen Ulcus decubital bedeckt. Das Collum stark elongirt, der Uteruskörper retrovertirt in der Höhe des Beckenbodens. Aus der Urethra hängt ein haselnussgrosser Polyp heraus.

14. VII. 99. Operation. Der Uterus ist 14 cm lang. Derselbe wird nach vorne gezogen . Das hintere Scheidengewölbe spannt sich. Der Douglas wird eröffnet. Die Umsäumung lässt sich bis vor die Mitte durchführen. Dann wird die Excavatio vesico-uterina eröffnet, das Peritoneum an die Grenze der Scheide genäht und der Uterus vorgestülpt, überall das Peritoneum im Bereich der Excavatio vesico uterina an die Scheidenwand genäht bis dicht an die Ala vespertilionis. Unterbindung des Ovars links. Versorgung des Lig. ovarico-pelvicum und der Tube und Ablösung der linken Kante des Uterus von der Pars cardinalis sin. Umnähung des Stumpfes. Sodann wird auf der rechten Seite ebenso das Peritoneum umsäumt und das Ovar und die Pars cardinalis abgelöst, der Stumpf sorgfältig eingenäht. Es gelingt, mit einem Faden die Reste der Scheide und die Stümpfe der Lig. lata zusammenzubringen. Damit Abschluss der Operation. Die Blase enthält eine geringe Menge klaren Urins.

6. VIII. Geheilt entlassen mit guter Narben- und Taschenbildung.

9. XI. Nachuntersuchung. Die Vulva ist geschlossen. Man gelangt in eine etwa 4 cm tiefe Tasche, deren seitliche Ecken trichterförmig nach oben gezogen sind und durch derbe Stränge in ihrer Lage fixirt werden. Es besteht eine geringe Vorwölbung der Blasenbasis. Die Narben sind glatt bis auf eine geringgradige Vertiefung in der Mitte der Taschenfalte, für die Kleinfingerkuppe eingängig. Allgemeinbefinden gut. Es werden alle Arbeiten ohne Beschwerden verrichtet. Urinlassen, Stuhlgang in Ordnung.

VI. 6. VII. 99. Wittwe W. T., 58 Jahre alt, klagt über seit 2 Jahren bestehendem Vorfall, der jedoch erst seit 8 Wochen in seiner jetzigen Grösse herausgetreten ist. Zuweilen bestanden Kreuzschmerzen, sowie Schmerzen im Unterleibe. Menopause seit etwa 15 Jahren. Periode früher regelmässig seit dem 19. Jahre. Eine Geburt vor 36 Jahren. Damals soll die Nachgeburt angewachsen gewesen sein. Wochenbett normal. Kein Abort. Appetit schlecht. Stuhlgang angehalten. Uriniren häufig mit Drang, dabei keine Schmerzen. Früher bestand weisser Fluss und starkes Jucken der Vulva. Patientin hat viel und schwer in der Landwirthschaft gearbeitet, namentlich viel gehoben.

20 cm lang hängt der ganze Vaginalsack nach aussen. Starkes Oedem an der vorderen und den beiden seitlichen Wänden. Auf der stark hypertrophirten Portio ein fünfmarkstückgrosses Decubitalgeschwür. Das Collum ist elongirt. Der Uteruskörper findet sich im Vaginalsack.

13. VII. 99. Operation. Der ganze Uterus liegt ausserhalb der Genitalien. Der Vorfall bildet ein pferdepenisartiges Gebilde von 20 cm Länge. Das Ulcus wird mit dem Ferrum candens überstrichen. Nachdem die Scheide umschnitten ist, das hintere Scheidengewölbe eröffnet, lässt sich der kleine Uteruskörper leicht hervorholen. Die Umsäumung des hinteren Peritoneums bis zur Mitte vollzieht sich ohne Schwierigkeit. Dann wird die vordere Koeliotomie gemacht, welche unter Führung des um den Fundus uteri herumgeführten Fingers leicht gelingt. Alsdann erfolgt die Eröffnung der Excavatio vesico-uterina. Die weitere Eröffnung wird damit begonnen, dass 4 Suturen, je 2 neben der Urethra, durch die Scheide unter der Basis der Blase bis in den Rand des Peritoneums angelegt werden. Alsdann wird zur Ablösung des Uterus etc. geschritten. Die Pars cardinalis wird abgeschnitten, tief unterbunden, dann das Lig. ovarico-pelvicum versorgt, der Stumpf des Ligaments in seiner ganzen Ausdehnung durch mehrere Fäden gesichert, reponirt und das Peritoneum darüber hinweggezogen. Auch auf der rechten Seite wird die Schleimhaut der Scheide gelöst. Es wird schliesslich auch hier das Lig. pelvicum unterbunden, der ganze Stumpf vernäht und das Peritoneum darübergezogen. Alsdann werden die Stümpfe reponirt. Die Vernähung erfolgt in der Weise, dass in der hinteren Peripherie die Stümpfe mit der Scheide quer geschlossen werden, in der vorderen durch 2 Nähte. Es folgt die Perineauxesis nach Hegar.

6. VIII. Patientin geheilt entlassen. Gute Narbenbildung. Man kann fast mit 2 Fingergliedern in die Tasche eingehen. In der Mitte der Narbe ein erbsengrosses Granulationspfröpfchen, die seitlichen Ecken trichterförmig durch derbe Stränge nach oben gezogen.

Wir sehen also, in den 6 Fällen wurde nach dem oben angegebenen Verfahren operirt: Vernähung der Pars cardinalis mit den Scheidenresten und Verschmelzung der Peritonealwände.

Unmittelbar nach der Operation zeigte sich das Resultat dieses Vorgehens als ein vollkommen einwandsfreies. Der Vulvarand bezw. die Scheidenreste wurden straff nach oben gezogen und bilden eine Tasche, in die man mit 2 Fingergliedern eingehen kann. Die beiden Enden oben bilateralwärts der quer verlaufenden vernähten Wundlinie zeigen deutlich die Retractionswirkung der innen ziehenden Bänder, indem hier ganz besonders hoch die Scheidenreste hinaufreichen. Dies war der Befund unmittelbar nach der Ligaturversorgung. Die Heilung erfolgte in allen 6 Fällen p. p. i. Eine nennenswerthe Temperatursteigerung wurde nicht beobachtet, für die platte Narbenbildung und Verklebung der Peritonealflächen von grösstem Werthe, nicht minder für die dauernde Fixation der einzelnen Theile gegen einander. So zeigten sich denn auch die Verhältnisse bei der Entlassung aus der Klinik, 3—4 Wochen nach der Operation, als dieselben wie unmittelbar nach ihr.

Die Nachuntersuchung erstreckt sich über 5 von den 6 operirten Frauen. Das Allgemeinbefinden derselben war ein sehr gutes, ohne Beschwerden versahen sie ihre gewöhnlichen Arbeiten. Die Vulva- bezw. Vaginaltaschen waren gut nach oben retrahirt und verschlossen; bilateralwärts waren die trichterförmigen Einziehungen, wie berechnet, vorhanden, durch derbe Stränge nach dem Beckeninnern fixirt. Allerdings mag der Erfolg der Operation dadurch beeinträchtigt sein, dass sich in 4 Fällen, I, II, III und V, Hervorwölbungen der Blasenbasis herausgebildet hatten, geringer bei I, III und V, stärker bei II, etwa in Wallnussgrösse. Vielleicht war die Verklebung von Blasen- und Darmwand nicht breit genug, bezw. nicht fest genug, als die Frauen ihre täglichen Arbeiten wieder aufnehmen mussten, so dass vorne die schmale Narbe sich öffnete und durch den so entstandenen Spalt die Blasenbasis von Peritoneum überzogen ganz allmählich durchrutschte.

Dann bildete sich wieder eine derbere Verwachsung höher oben. In der That finden sich denn auch an den entsprechenden Stellen unterhalb der narbigen Taschenfalten vorne quer verlaufende ovaläre Peritonealstreifen bei Fall I, II und III, bei letzterem bis zu Fünfmarkstückgrösse. Eine Rectocele wurde nicht beobachtet.

Gerade wegen dieser Enterocelen wurden Bedenken gegen die Operation geltend gemacht. Sänger (Centralbl. f. Gynäk. 1898, pag. 1387) sagt „die Vernähung des Peritoneums mit dem Scheidenreste ist auch für die Möglichkeit der Entstehung einer Enterocele nicht ohne Belang“. Aber bei dieser Vernähung bleibt es ja nicht allein. Die Ligaturen der vorderen Wand werden mit denjenigen der hinteren verknüpft, um dadurch im Wundtrichter eine Verschmelzung der Blasen- und Mastdarmwand herbeizuführen; bilateral der Taschennarben dienen die derben Stränge der Stümpfe als Aufhängebänder. Dieselben werden erst dann in Wirksamkeit treten, wenn eine vollständige Consolidation des Narbengewebes stattgefunden hat; hiermit wird der weiteren Ausbildung der Kystocele eine Schranke gesetzt.

Aehnlich wie A. Martin hat Czempin (Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. Berlin, 9. Juni 1899) operirt. Er vernähte nach der Totalexstirpation die seitlichen Wundränder der Scheide an die Stümpfe der Ligg. infundibulo-pelvica. Bei seinen Fällen hat er niemals eine Enterocele beobachtet. Gottschalk (Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. Berlin, 11. Nov. 1898) geht mit seiner Methode noch weiter wie A. Martin.

Sie besteht darin, dass er das Peritoneum der Blase hoch oben an die hintere Beckenwand fixirt, dass die Ligg. lata, Ligg. cardinalia etc., kurz alles, was die normale Befestigung des Uterus und der Scheide bedingt, in möglichst straffer Verbindung zur Stütze der verkleinerten Harnblase und zur Befestigung der neuen Scheide verwerthet werden. Mackenrodt (Centralbl. f. Gynäk. u. Geburtsh. 1899, No. 18) empfiehlt zur Behandlung der Totalprolapse neben der Vaginifixur eine Verkürzung der Ligg. cardinalia.

Wenngleich die oben beschriebene Operation den verstümmelnden zuzurechnen ist, so ist doch durch dieselbe den von der scheusslichen Procidenz gequälten Frauen ein Zustand geschaffen, der ihnen ihre Lage wieder erträglich macht.

Ausserdem handelt es sich um ältere Frauen, welche, der arbeitenden Classe angehörend, entweder die Grenze der Zeugungsfähigkeit überschritten haben oder wenigstens nicht weit davon entfernt sind. Warum sollte man hier nicht ein radicales Verfahren einem conservativen vorziehen, dessen Dauererfolg in solchen extremen Fällen immer zweifelhaft ist.

Im Anschluss hieran sei die von Freund und Wertheim angegebene Methode erwähnt (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. X, Heft 4). Sie implantirten den aus dem hinteren Laquear vaginae umgestürzten Uterus nach vorne in die Scheide. Auf diese Weise soll er zur Stütze für die Blase dienen.

In unserem Falle war der Uterus so hochgradig atrophisch, dass an ihm in dem Sinne der Freund'schen Operation eine solche Stütze nicht gegeben erschien.

Immerhin ist wohl anzuerkennen, wie das A. Martin bei Gelegenheit der Discussion über die betr. Mittheilungen von A. W. Freund und Wertheim auf der Naturforscherversammlung in München hervorhob, dass die beiden Operationen neben einander bestehen. Da, wo der Uterus noch verwendbar ist, empfiehlt sich die Freund'sche Operation, da, wo der Uterus hochgradig atrophisch oder erkrankt ist oder sich in einem chronischen, besonders formativen Reizzustand befindet, soll er entfernt werden.

Heilung und Verhütung der Retrodeviationen des Uterus im Wochenbette.*)

Von Dr. Rissmann, Director der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Osnabrück.

Unsere erfahrensten Gynäkologen, die sich über die Beziehungen der Lageabweichungen der Gebärmutter zum Puerperium geäussert haben, haben den Wochenbetten keinen besonders günstigen Einfluss auf die Restitution der abnormen Lage zugeschrieben. Löhlein hat die früher gehegten Erwartungen nach Aufstellung einer Statistik herabgestimmt und ist in Bezug auf die Prognosestellung reservirter als früher geworden. Etwas günstiger urtheilt Fritsch, der es nicht für unmöglich hält, dass durch zeitiges Richtiglagern des Uterus im Wochenbette auch in den Fällen das Organ anteflectirt bleibt, wo schon früher eine Retroflexion war. Einen beweisenden Fall hat F. allerdings nicht gesehen. So viel ich aus der Literatur entnehmen kann, besteht auch meist eine gewisse Scheu, ein Pessar vor der dritten Woche einzulegen. Nur bei Ahlfeld fand ich die Angabe, dass der Arzt am Ende der ersten Woche sich entscheiden muss, ob ein Pessar nothwendig ist. Da mir die Möglichkeit vorzuliegen scheint, dass sich wesentlich günstigere Heilungsresultate im Wochenbette erreichen lassen, wenn man möglichst früh— am besten 5 oder 6 Tage nach der Geburt — ein grosses Pessar einlegt und mir niemals ein Nachtheil von diesem Vorgehen zu Gesicht gekommen ist, so möchte ich in Folgendem über meine eigenen Beobachtungen berichten.

Im Mai 1897 wurde meine Aufmerksamkeit zuerst auf die vorliegende Frage durch eine Patientin gelenkt, deren Krankengeschichte, wie ich glaube, sehr charakteristisch den grossen Segen belegt, der durch eine consequente Ringbehandlung im Wochenbette erzielt werden kann. Da die Therapie, welche ich in diesem Falle anwandte, seitdem im Grossen und Ganzen dieselbe geblieben ist bei allen anderen Wöchnerinnen, so lasse ich diese Krankengeschichte genauer folgen.

Frau B. hatte seit ihrer ersten Geburt durch eine Retroflexio uteri, die durch eine Parametritis posterior complicirt war, sehr zu leiden. Ein Gynäkologe vom Fach hatte mit verschiedenen Ringen wenig Erfolg und schlug die Vaginofixation vor. Da sich Frau B. zu einer Operation nicht entschliessen konnte, suchte dieselbe Herrn Geheimrath Runge (Göttingen) auf, dem es gelang, einen passenden Ring zu finden. Ich sah die Patientin im 8. Monate ihrer zweiten Gravidität und erfuhr, dass der Ring im 4. Monate entfernt wurde. Nachdem die Frau eine spontane Geburt durchgemacht hatte, liess ich nach dem ersten Schlafe so viel wie möglich Seitenlage einnehmen, gab Secale und legte am 5. Wochenbettstage ein grosses, wohldesinficirtes Hebelpessar ein. Einige Male am Tage musste die Wöchnerin aus der Seitenlage in die Bauchlage sich umwenden und darin einige Minuten verharren. Bis zum 14. Tage, wo die Wöchnerin aufsteht, wurde täglich eine heisse Scheidenausspülung gemacht. Da der grosse Ring ohne Beschwerden ertragen wurde und bei mehrfachen Untersuchungen der Uterus in guter Anteflexion lag, so findet kein Wechsel des Ringes statt, sondern derselbe bleibt bis zur 7. Woche post partum liegen. Auf meine Veranlassung reiste Frau B. dann zu Herrn Geheimrath Runge, der mich freundlichst ermächtigt hat, in seinem Namen zu erklären, dass auch er den Uterus gut anteflectirt fand. Frau B. hatte auch in der Zukunft gar keine Beschwerden, wurde bald zum 3. Male gravid und es gelang mir unter ähnlicher Behandlung, wie oben geschildert wurde, wiederum eine durchaus normale Lage des Uterus bei völligem Wohlbefinden zu erzielen.

Im Laufe der folgenden Jahre habe ich dann noch 6 mal Gelegenheit gehabt, innerhalb der ersten beiden Wochen des Puerperium eine Ringbehandlung und zwar mit vollem Erfolge einzuleiten. 3 Frauen waren vor der Gravidität oder in derselben schon von mir an Retroflexio uteri behandelt worden. Bei den übrigen Patientinnen ist mir über den Beginn des Leidens nichts Genaueres bekannt und es ist möglich, dass die Lageabweichung erst im Wochenbett entstanden ist. Einmal wurde der Ring nach einer Fehlgeburt eingelegt, während alle anderen Frauen ausgetragene Kinder geboren hatten. Nicht so günstige Erfahrungen machte ich bei solchen Patientinnen, die erst in der 3. Woche des Puerperium zur Behandlung kamen. Bei 5 Versuchen an 4 Frauen (1 mal nach Abort) gelang es nur 3 mal Heilungen zu erzielen. Es verdient zwar erwähnt zu werden, dass die beiden nicht Geheilten sich nach Einlegen des Pessars, was am 19. Wochenbettstage geschah, der Controle wochenlang entzogen, so dass zu hoffen ist, dass im Allgemeinen etwas bessere Erfolge zu erreichen sein werden. Gelang es doch bei Einer Patientin jedesmal eine Anteflexion zu bewirken, obwohl die Diagnose auf Retroflexio nach der ersten Geburt erst Ende der dritten Woche, nach der zweiten Geburt Anfangs der dritten Woche gestellt wurde. Immerhin kann ich nicht dringend genug anrathen, so früh wie möglich mit der Ringbehandlung zu beginnen. Alsdann wird man sich prognostisch wohl günstiger als bisher äussern dürfen und die Heilung einer Retroversio-Flexio im Wochenbette wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erwarten können. Dafür spricht in gewisser Weise schon Löhlein's Statistik: Es wurden, wenn ich recht verstehe, von 3 Wöchnerinnen, die in den ersten 3 Wochen zur Behandlung kamen, 2 dauernd geheilt, dagegen von 41 alten Retroflexionen auch nicht mehr als 2. Nimmt man mit Vedeler an, dass die Retrodeviationen der Nulliparen zu denen der Frauen, welche geboren haben, in ihrer Häufigkeit sich verhalten wie 4: 1, so wird man aus diesen Zahlen den Segen ermessen können, der etwa durch ein frühzeitiges Behandeln dieser Lageabweichungen im Wochenbette gestiftet werden könnte. Alle subjectiven Symptome, wie Blutungen, Kreuzschmerzen, Drängen nach unten u. dergl., können uns aber nicht allein irre leiten, sondern treten meist viel zu spät in die Erscheinung. Es wird also bei jeder gesunden Wöchnerin eine innerliche Untersuchung (kurz nach dem Aufstehen) gefordert werden müssen. Nach Aborten, wo der Uterus durch seine Grösse nicht gehindert wird, hinter das Promontorium schon frühzeitig herabzusinken, sollte sogar in der ersten Woche eine bimanuelle Untersuchung in jedem Falle stattfinden. Wie häufig gerade nach Aborten fehlerhafte Lagen nachzuweisen sind, ist bekannt und erhellt neuerdings wieder aus einem Berichte aus der Olshausen'schen Klinik, wo Stock (Refer. im Centralbl. f. Gynäk. 1899) unter 60 septischen Aborten 13 Retrodeviationen nachwies.

Wissen wir aber, dass Frauen schon vor der Geburt an Retrodeviationen gelitten haben, so sollen wir — ganz gleichgiltig welchen Befund wir haben — die schwere und descendirte Gebärmutter durch ein grosses Hebelpessar im Wochenbette stützen. Da erfahrungsgemäss am 5. oder 6. Wochenbettstage Darmschlingen sich zwischen die vordere Wand der Gebärmutter und die Bauchdecken einzuschieben pflegen, so wählen wir diesen Termin am passendsten zum Einführen des Pessars. Da die Genitalwunden in stadio granulationis sind, so ist damit keine Gefahr verbunden. Besonders wichtig ist natürlich das frühzeitige Einlegen des Ringes bei Frauen, die schon einmal wegen einer Retroflexio uteri operirt worden. Zählt doch Gräfe unter 20 Ventrofixationen (cf. Refer. im Centralbl. f. Gynäk. 1899) 2 Recidive im Wochenbette und es ist zweifellos, dass nach Vaginofixation noch häufiger Recidive durch die Schwangerschaft entstehen. Ich selbst habe 1 mal nach einer Vaginofixation die Ringbehandlung im Wochenbette durchgeführt und den Uterus in Anteflexion dauernd bewahrt. Was ist denn durch ein Pessar im Wochenbette in Verbindung mit allen Mitteln (Secale, heisse Scheidenspülungen etc.), die die physiologische Involution sämmtlicher Genitalorgane mit ihren Bändern anregen, zu erreichen? Wir können hoffen, die bei jeder Geburt stark in die Breite gedehnte und in Folge dessen in der Länge verkürzte Scheide vortheilhaft zu strecken und die Ligg. lata vom Druck der schweren Gebärmutter zu entlasten. Zu ausgiebige Bewegungen der sehr beweglichen Gebärmutter werden durch den Ring eingeschränkt. Wenn die Wöchnerin ab und an die Gesichts-Bauchlage inne hält, da wir diese Lage auch jeder gesunden Wöchnerin anrathen, so treten wir schon in's Gebiet der prophylaktischen Maassnahmen gegen die Retrodeviationen, so kann man dadurch eine stärkere Anteflexion hervorrufen. Es entsteht durch die Gesichts-Bauchlage eine ähnliche Lageveränderung des Uterus, wie sie Küstner für die aufrechte Stellung der Frau beschreibt. Ausserdem müssen die Ligg. rot. von jedem

*) Nach einem im ärztlichen Vereine zu Osnabrück gehaltenen Vortrage.

Zuge entlastet sein. **Als Normallage jeder Wöchnerin muss die Seitenlage gelten** und nur zu Zeiten die Rückenlage in bestimmter Absicht gestattet werden. Wenn Küstner bei andauernder Rückenlage „den Uterus in toto zusammengesunken und die Portio etwas tiefer stehend als normal fand“, so ist sicher die Gefahr vorhanden, dass das weiche Organ durch eine volle Blase in die gefährliche Retroposition gedrängt wird.

Mit vollem Rechte betont Küstner, dass eine septische Erkrankung besonders nachtheilig sei, doch ist diese gewiss nicht immer nöthig. In der Annahme, dass es nicht förderlich sein kann, wenn der Uterus häufiger durch eine volle Blase an das Kreuzbein herangedrängt wird, habe ich für 3 stündliche Entleerung der Blase bei allen Wöchnerinnen sorgen lassen. Obwohl die Auffüllung des Mastdarms mir weniger Bedenken als die der Blase macht, so soll doch jeden zweiten Tag ein Klystier gegeben werden. Nach Einführung dieser Grundsätze bei Leitung des Wochenbettes wurden unter den letzten 200 Geburten 2 mal Retroversio-flexio vor der Entlassung gefunden. Ich muss allerdings hinzufügen, dass wenig Aborte darunter waren. Zum Vergleich führe ich an, dass Ahlfeld 4 Proc., Küstner 11 Proc. Retroversio-flexionen bei frischen Puerperen berechnet.

Mit den eben vorgetragenen Forderungen wird zweifelsohne eine gründliche Aenderung in der Leitung des Wochenbettes, wie sie draussen in der Praxis nach meiner Erfahrung heutzutage noch geübt wird, befürwortet und diese Aenderung scheint uns auch durchaus nöthig. Es darf, glaube ich, behauptet werden, dass der praktische Arzt ohne klinische Anzeichen keine einzige Frau im Wochenbette untersucht. Die Hebammen, die reichlich 80 Proc. aller Geburten allein behandeln, werden nach der Richtung hin weder instruirt noch vorgebildet. Ich würde es für viel segensreicher halten, den Hebammen, die doch den retroflectirten graviden Uterus diagnosticiren sollen, im Untersuchen von Wöchnerinnen Unterricht zu ertheilen, als ihnen Placentarlösungen und Wendungen frei zu geben. Hoffentlich bringt uns in Preussen die Einrichtung des erstrebten 9 monatlichen Lehrcursus für Hebammen auch derartige Vorschriften.

Was die Ausführung der Untersuchung im Puerperium anbetrifft, so wird man, wie ich mich überzeugt habe, gewissen Vortheil, namentlich für die Hebammen, davon haben, wenn man nach Fritsch die Wöchnerinnen im Stehen untersucht. In letzter Zeit füge ich diese Untersuchungsmethode stets der bimanuellen Betastung auf dem Stuhle hinzu. Bei leichtem Empordrängen des hinteren Scheidengewölbes fühlt man bei gesunden Wöchnerinnen nur einen Theil der Cervix, dagegen nichts vom Corpus uteri, sollte dies im Stehen der Fall sein, so wäre stets ein Ring einzulegen, denn im Laufe der nächsten Woche ist eine ausgebildete Retroflexionsstellung des sich verkleinernden Uterus mit Sicherheit zu erwarten. Mit dem Pessare soll die Frau aber alsdann aufstehen, eine weitere Bettruhe würde keine Vortheile, sondern eher Nachtheile (Rückenlage) mit sich bringen. Dass die Rückenlage nicht die günstigste Lage für das Wochenbett ist, muss den Frauen des Volkes mitgetheilt werden und desshalb sind die Hebammen nachdrücklichst darauf hinzuweisen, jeder Entbundenen solche Belehrung zu ertheilen, denn es besteht fast allgemein die Anschauung, dass keine andere Lage als die Rückenlage eingenommen werden darf. Mir passirt es wenigstens nicht selten, dass ich auf meine Empfehlungen die Antwort erhalte: „Ich liege viel lieber auf der Seite, glaubte aber, es sei verboten.“

Kurz zusammengefasst würden also meiner Ansicht nach für die Verhütung und Heilung der Retrodeviationen des Uterus im Wochenbette folgende Punkte grösserer Beachtung, als sie gewöhnlich erhalten, werth sein:

1. Empfehlung der Seitenlagerung (zu Zeiten Gesichts-Bauchlage) für jede Wöchnerin;
2. Untersuchung jeder Puerpera kurz nach dem Aufstehen (nach Aborten früher);
3. Frauen, die an Retrodeviationen vor der Geburt litten, sollen am 5. Wochenbettstage ein Pessar erhalten.

In Anbetracht der sich häufenden Statistiken über operative Eingriffe bei den Retrodeviationen des Uterus — Vaginofixation, Alexander-Adams'sche Operation, Ventrofixation — könnte man die vorstehenden Thesen als „unzeitgemässe Betrachtungen“ bezeichnen. Ich glaube aber manchem in der Praxis stehenden Collegen durch die Mittheilung meiner conservativen Therapie einen Dienst zu erweisen und namentlich zu weiteren Beobachtungen, zu denen der Hausarzt häufiger als der Gynäkologe Gelegenheit haben dürfte, anzuregen.

Anmerkung: Nach Abschluss dieser Zeilen fand ich zufällig, dass Gottschalk (Zeitschr. f. Geburth. Bd. XVIII) in einer Discussionsbemerkung über 3 Heilungen durch die Pessarbehandlung im Wochenbett berichtet hat. Amerikanische Autoren (s. mein Referat im Centralbl. f. Gyn. über die Transactions of the Chicago Gyn. Society 1899) reden dieser Behandlung ebenfalls begeistert das Wort, ohne jedoch eigene Resultate anzuführen.

Literatur:

Ahlfeld: Lehrb. d. Geburtsh.
Fritsch: in Billroth's Handbuch.
Küstner: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. XI. Bd.
Löhlein: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. VIII. Bd.
Vedeler: Arch. f. Gyn. XXVIII. Bd.

Casuistische Miscellaneen aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie.

Von R. Kossmann in Berlin.

I. Schwangerschaft und Entbindung nach beiderseitiger Castration.

Bei Frau J. hatte ich wegen doppelseitiger starker Oophoritis am 12. November 1895 die vordere Elytrotomie ausgeführt und beide Ovarien unter Zurücklassung der Tuben exstirpirt. Eine Vaginifixur bildete den Abschluss der Operation. Zu meiner eigenen Ueberraschung meldete mir der Ehemann der Operirten nach $1\frac{1}{2}$ Jahren, dass seine Frau schwanger sei. Die Untersuchung bestätigte diese Angabe. Ich wurde in der Nacht vom 1. auf den 2. December 1897 zur Entbindung gerufen, fand aber bei der Kreissenden $2\frac{1}{2}$ Stunden nach Eintritt der Wehen das Kind bereits geboren.

Die Operation war in der Weise ausgeführt worden, dass die Ovarien unter Catgutligaturen abgebunden worden waren, und es musste dabei allerdings, wie in jedem derartigen Falle, etwas Ovarialgewebe über der Ligatur zurückgelassen werden, um deren Abgleiten zu verhindern. Erklären lässt sich die Conception nur dadurch, dass die Ligaturen zwar genügten, um die Blutung zu stillen, aber nicht, um die Ernährung der über ihnen verbliebenen kleinen Ovarialreste vollständig zu unterbrechen. An die Möglichkeit, dass ich ein überzähliges Ovarium übersehen hätte, ist desshalb nicht zu denken, weil ich zu jener Zeit, als die Operation ausgeführt wurde, gerade den Mehrfachbildungen im Bereich der Adnexe, deren Bearbeitung für das Martin'sche Handbuch ich übernommen hatte, eine ganz besondere Aufmerksamkeit widmete.

Die Proflexionsstellung des Uterus ist auch nach dem Wochenbett erhalten geblieben. Der Fall beweist also auch, dass eine correct ausgeführte Vaginifixur nicht den geringsten störenden Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt ausübt und in ihrem Effect beide überdauert. Zur Zeit ist die Operirte, wie ich höre, wieder schwanger und erwartet ihre Entbindung für die letzten Tage des Jahres.

II. Zur Bedeutung des Mekonium-Abganges.

Es ist eine in den meisten geburtshilflichen Lehrbüchern ohne Einschränkung ausgesprochene Lehre, dass bei Kopflagen der Abgang von Mekonium als ein für das Kind prognostisch ungünstiges Symptom zu betrachten sei und eine Indication zur thunlichst schleunigen Entbindung darstelle, sofern eine solche ohne Perforation überhaupt möglich erscheint. So sagt Runge[1]) ganz kurz und bündig: „Entleerung von Mekonium in's Fruchtwasser findet unter normalen Verhältnissen nicht statt“; und Zweifel[2]) schreibt: „es ist eine alte Thatsache, dass Kinder, welche ihren Darminhalt abgehen lassen, sich in Lebensgefahr befinden“. Auch Martin[3]) nennt diese Erscheinung: „ein Symptom von hoher diagnostischer Bedeutung“. Bei Spiegelberg-Wiener[4]) heisst es, dass „bisweilen trotz reichlichen Mekoniumabganges die Kinder ganz lebensfrisch und ohne Zeichen von Asphyxie geboren werden; jedenfalls betrifft das solche Fälle, in denen die respiratorische Störung spontan wieder

[1]) Runge: Lehrbuch der Geburtshilfe, Berlin, 1891, S. 33.
[2]) Zweifel: Lehrbuch der Geburtshilfe, 4. Aufl., Stuttgart, 1895, S. 436.
[3]) Martin: Lehrbuch der Geburtshilfe, Wien und Leipzig, 1891, S. 373.
[4]) Spiegelberg-Wiener: Lehrbuch der Geburtshilfe, 3. Auflage, Lahr, 1891, S. 668.

ausgeglichen wurde". Nur Olshausen[5]) meint: „in seltenen Fällen beliebt es dem Foetus, während der Geburt das Fruchtwasser zu verunreinigen, ohne je in Lebensgefahr gekommen zu sein". Dieser Ansicht tritt aber Ahlfeld[6]) ausdrücklich entgegen, indem er sich auf den Standpunkt Spiegelberg's stellt und erklärt: „dass die Kinder intrauterin ihren Koth entleeren, ohne sich je in Gefahr befunden zu haben, wie Olshausen-Veit annehmen, ist sehr unwahrscheinlich. Wenn man annimmt, die vermehrte Peristaltik sei ein zeitiges, vielleicht das erste Symptom der Giftwirkung einer CO_2-Vergiftung, so ist es verständlich, dass Mekoniumabgang ohne sonst nachweisbare Erscheinungen von intrauterinem Scheintod sehr wohl vorkommen kann." Aehnlich spricht sich Jesse[7]) in seiner Marburger Dissertation aus.

Ich wurde am 8. Juli 1899, Morgens ½5 Uhr zu Frau N. hierselbst, G.-Strasse 20 gerufen, weil die Hebamme eine Beckenendlage diagnosticirt hatte. Ich fand einen grossen Theil im Einschneiden begriffen. Die Hebamme gab an, dieser Stand der Geburt sei bereits seit geraumer Zeit unverändert. Sobald der untersuchende Finger an dem vorliegenden Theile emporglitt, quoll reichlich Mekonium hervor. Ich nahm daher zunächst an, dass die Diagnose der Hebamme richtig sei und überzeugte mich, da das weit vorgerückte Geburtsstadium eine genaue Nachuntersuchung zunächst nicht zu erfordern schien, und die geringe Helligkeit eine Wahrnehmung der spärlichen Behaarung des vorliegenden Theiles nicht zuliess, erst ziemlich lange nachher, dass in Wirklichkeit eine erste Schädellage mit einer starken Kopfgeschwulst gegeben war. Die Herztöne der Frucht waren während der ganzen Geburt vollständig normal, und da auch bei der Gebärenden, einer 35 jährigen Primipara, keine zur Beendigung der Operation nöthigende Indication vorlag, so wartete ich auch nach Feststellung der Kopflage unter häufiger Controle der foetalen Herztöne den Fortgang der Geburt ab. Gegen mein Erwarten verzögerte sich diese noch bis zum Abend, wo ich sie dann schliesslich, weil eine leichte Temperatursteigerung bei der Kreissenden eintrat, durch Anlegung der Zange beendigte. Während des ganzen Tages war Mekonium neben der Kopfgeschwulst hervorgequollen, sobald man den Finger auch nur halb einführte. Niemals hatte die sehr häufig vorgenommene Controle der Herztöne des Foetus eine Störung der Frequenz ergeben. Dabei war das jedesmal hervorquellende Mekonium so dickflüssig und dunkel, dass es für frisch aus dem Mastdarm entleert gelten und sicherlich nicht bei noch stehender Blase dem Fruchtwasser beigemengt worden sein konnte.

Einen Beweis dafür beizubringen, dass der Foetus nicht etwa vor meinem Eintreffen zeitweilig von Asphyxie bedroht gewesen sein könne, ist natürlich nicht möglich. Aber irgend einen Anhalt für die Annahme einer solchen vorausgegangenen Gefahr haben wir durchaus nicht. Andererseits entleert ja das nicht asphyktisch geborene Kind meist bald nach der Geburt den Darm und fährt damit in angemessenen Fristen bis in sein Greisenalter fort, ohne jemals einer CO_2-Vergiftung zu bedürfen. Daher ist zunächst gar nicht einzusehen, warum Olshausen's Annahme so unwahrscheinlich sein soll. Sie ist vielmehr die nächstliegende und muss sogar so lange Geltung beanspruchen, bis irgend ein Beweis dafür erbracht wird, dass dem mit Sauerstoff genügend versorgten Foetus eine Darmentleerung intra partum bei Schädellage unmöglich sei. Dass sich dieser Beweis jemals wird erbringen lassen, ist aber sogar sehr unwahrscheinlich. Selbst wenn es sich sollte feststellen lassen, dass eine Darmperistaltik ante partum bei ausgiebiger Sauerstoffzufuhr stets völlig ausbleibt, besteht doch die Thatsache einer mechanischen Expression von Mekonium bei Beckenendlagen; und die Möglichkeit, dass gelegentlich auch einmal bei Schädellagen eine solche Expression, z. B. durch die auf den Bauch gedrückten Ellbogen der Frucht, nach Abfluss des Fruchtwassers, während der Wehe, stattfinden könne, dürfte schwerlich auszuschliessen sein.

Wie dem auch sei, der vorliegende Fall zeigt, dass der Abgang von Mekonium vielleicht den unaufmerksamen Arzt, der die Herztöne nicht genügend controlirt hat, mahnt, das Versäumte nachzuholen, aber niemals eine Indication für irgend einen therapeutischen Eingriff darstellt.

(Fortsetzung folgt.)

---

[5]) Schröder: Lehrbuch der Geburtshilfe, 12. Auflage, S. 800.

[6]) Ahlfeld: Lehrbuch der Geburtshilfe, 2. Auflage, 1898, S. 468.

[7]) Jesse: Die Bedeutung des Abganges von Kindspech während der Geburt. Dissertation, Marburg, 1889.

Aus der medicinischen Universitätsklinik zu Bonn. Director Prof. Fr. Schultze.

Ein Fall von neurasthenischem Schütteltremor nach Trauma.

Von Dr. Ph. F. Becker.

Tremor ist bei Neurasthenischen keine seltene Erscheinung. Lamacq [1] hat seine Häufigkeit auf 85 Proc. der von ihm beobachteten Neurasthenien berechnet, während er z. B. bei Hysterie nur 34,6 „Zitterer" unter hundert, bei Epilepsie nur 20 Proc. fand.

Eine Erklärung für diese Häufigkeit sucht Lamacq dadurch zu geben, dass er den emotiven Tremor bei Neurasthenie (ebenso auch bei Morbus Basedowii) als eine stärkere Ausprägung des schon bei Gesunden in etwa 40 Proc. wahrzunehmenden Tremors auffasst. Bezüglich dieser Auffassung fand er einen Gegner in Crocq [2], der das Vorkommen von Zittern bei Gesunden überhaupt bestritt und auf die Verbreitung des Alkoholismus und der Neurasthenie als die eigentlichen Ursachen des Zitterns hinwies.

Wenn auch essentieller und hereditärer Tremor nicht allzu selten beobachtet werden, so scheint doch die Häufigkeit des Tremors bei Gesunden mit 40 Proc. etwas hochgegriffen zu sein; eine geringere Seltenheit des emotiven Tremors auch bei Gesunden mag indess zugestanden sein.

Der Tremor Neurasthenischer hat nichts Pathognomonisches. Er gehört zu den kleinwelligen, meist schnellschlägigen Formen [3]. Er ist meist ein „Ruhetremor" oft neben fibrillären und fasciculären Muskelzuckungen.

Einen wesentlichen Einfluss übt die Psyche aus. Bekannt ist wie auch bei den functionellen Psychosen [4] (Manie, Melancholie, Paranoia) im Zustande der Erregung vibrirendes, schnellschlägiges, oft arhythmisches, ungleichmässiges Zittern, im depressiven Zustande dagegen undulirendes, langsames, rhythmisches beobachtet wird.

Ob ein Unterschied in der Art des Tremors bei Neurasthenischen besteht, wenn derselbe durch Ermüdung entstanden oder auf psychische Affecte zurückzuführen ist, darüber vermochte ich in der Literatur nichts zu finden.

In den folgenden Zeilen will ich die Krankengeschichte eines Neurasthenikers mittheilen, der als sehr auffallendes Krankheitssymptom ein andauerndes, ungemein heftiges Zittern zeigte, das im Anschluss an ein ganz geringfügiges Trauma plötzlich aufgetreten war.

Es sei gleich hier erwähnt, dass eine Simulation sicher ausgeschlossen werden kann. Es ist bekannt, wie schwer es ist und welchen Aufwandes von Energie und Kraft es bedarf, eine Simulation dieser Art consequent durchzuführen. Der Tremor bestand in gleicher Weise, auch wenn Pat. unbemerkt beobachtet wurde, weiter. Ferner litt Patient sehr unter dem Bewusstsein, durch dieses Schütteln arbeitsunfähig zu sein, und endlich spielten auch die „Begehrlichkeiten" keine Rolle, da Pat. wohl wusste, er sei nicht zur Beobachtung, sondern zur Behandlung in der Klinik, da er weiterhin mit den ihm bewilligten 66% Proc. zufrieden war, obwohl „es nicht auskömmlich für ihn sei".

Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

F. V., 24 jähriger Ackerknecht. Journ.-No. 379, 1899.

Anamnese: Eltern an Tuberculose gestorben, eine Schwester lebt und ist gesund. Keine nervösen Erkrankungen in der Familie.

Patient selbst erlitt im Alter von 10 Jahren durch einen Fall auf den Rücken einen „Bruch des rechten Schulterblattes", ein Unfall, der ohne bleibende Folgen überstanden wurde. Im 20. Jahre wurde ein mehrere Wochen dauernder Gelenkrheumatismus durchgemacht, der sich in den letzten 4 Jahren des Oefteren in Form schwächerer Attaquen wiederholte.

Sonstige Krankheiten will Patient nie gehabt haben; keine Lues.

Schon als Kind soll Patient „etwas nervös" gewesen sein: er regte sich leicht auf, bekam Angstanfälle, auch Zittern in Armen und Beinen. Oft litt er an „Kopfschmerzen" und neigte nach eigener Aussage zeitweise zu trüben Stimmungen; im Allgemeinen sei er aber stets heiter und lebenslustig gewesen.

Excesse in baccho et venere, insbesondere Masturbation, werden negirt.

Am 2. XII. 1898 erhielt V. einen Pferdehufschlag vor den Leib und zwar in die rechte Inguinalgegend; er fiel sofort um und blieb etwa 4 Stunden bewusstlos. Als er wieder zu sich kam, klagte er über äusserst heftige Schmerzen im Leib und man bemerkte ein Zittern des Kopfes und beider Arme. Starke Schmerzen beim

Wasserlassen, der Urin war blutig gefärbt. Aufnahme in's Spital zu K. Langsame Besserung aller Erscheinungen, bis auf das stets gleichmässig persistirende Zittern. Ferner klagt V. über geringe Schmerzen im rechten Hüftgelenk, besonders in der Inguinalbeuge, am Orte der Verletzung.

Dem Antrage seines Begutachters entsprechend, erhielt er eine Unfallrente von 66⅔ Proc.

Zu einem Curversuche wird er in die hiesige medicinische Klinik aufgenommen.

Ausser dem Zittern und den oben erwähnten Schmerzen klagt Patient über unruhigen, schlechten Schlaf, mangelnden Appetit, häufige und langdauernde Verstopfung. Auch will V. in letzter Zeit abgemagert sein.

Status am 14. VII. 1899.

Der allgemeine Zustand bietet nichts Besonderes. Hautfarbe ziemlich blass, Gesicht lebhafter geröthet.

Die Untersuchung der Brustorgane ergibt keinen pathologischen Befund; Abdomen ohne Besonderheit.

Wirbelsäule nicht durckempfindlich. In der rechten Inguinalgegend unter der Mitte des Poupart'schen Bandes besteht dauernde Schmerzempfindung, die nach Angabe des Patienten bei Druck zunimmt. Bei passiver Rotation des Beines nach aussen ist diese Stelle, die gerade vom Stollen des Hufeisens getroffen worden sein soll, besonders schmerzhaft; keine Störungen in der Motilität der Beine.

Der Gang ist etwas hinkend, da Patient das im Hüftgelenk leicht schmerzhafte rechte Bein zu schonen bestrebt ist.

Urin reagirt stark sauer, von niederem specifischem Gewicht, 1003; zeitweise lassen sich Spuren von Albumen nachweisen. Mikroskopisch findet man reichlich Blasenepithelien und harnsaure Salze.

Puls qualitativ ohne Eigenthümlichkeiten, durchschnittlich 92 an Zahl. Anfangs war nicht selten eine Frequenz von 104—120 Schlägen in der Minute zu beobachten. Das Mannkopf'sche Zeichen konnte wiederholt constatirt werden. Die von Erben [5] beschriebene Frequenzverlangsamung bei hintenüberhängendem Kopfe war ebenfalls deutlich, dagegen konnte ich keine Pulsveränderung in hockender Stellung finden.

Was den Status nervosus betrifft, so sei zunächst der leichte Tremor des Kopfes erwähnt. Es erscheinen im Wesentlichen die Mm. splenii und sternocleidomast. betheiligt. Beim Auflegen des Kopfes verschwinden die Zitterbewegungen, während sie bei Aufregungen, bei der Unterhaltung, bei der Untersuchung, besonders bei Anstrengungen der Augenmuskeln (Functionsprüfung, Gesichtsfeldaufnahme etc.) bedeutend zunehmen.

Bemerkenswerth erscheint, dass das Schütteln vorwiegend in einer horizontalen Ebene um eine verticale Achse erfolgt; besonders bei längerer Unterhaltung fällt auf, dass die Amplitüden der einzelnen Schwingungen periodisch grösser werden, dass also die den Tremor zusammensetzenden Bewegungen des Kopfes an Excursion regelmässig langsam bis zu einem Maximum zunehmen, um dann ebenso gleichmässig wieder zum Minimum zurückzukehren. Es wollte mir scheinen, als ob nach dem Excursionsmaximum hin die Schwingungsdauer zunähme, mithin die Zitterbewegungen langsamer würden. Doch hätte es, um diese Beobachtung sicher zu stellen, eines complicirten Apparates bedurft.

Pupillen ziemlich eng, gleichmässig rund, rechts etwas weiter wie links. Reaction auf Lichteinfall und bei Accommodation vorhanden. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Myopie von 3½ Dioptrien L. 4½ R. Keine Veränderung des Augenhintergrundes, keine Einschränkung des Gesichtsfeldes.

Häufig wird der M. orbic. oculi und Corrugator supercil. zuckend contrahirt, so dass seichte senkrechte Stirnfalten entstehen. Links ist dies häufiger wie rechts zu beobachten.

Ebenso lassen sich zeitweise Muskelzuckungen im M. orbic. oris und im M. zygomaticus bemerken. Beim Aufblasen der Backen tritt lebhaftes Zittern der ganzen Gesichtsmusculatur, besonders der Mm. quadrat. labii infer. auf, so dass nach kurzer Zeit die Luft aus dem Munde entweicht.

In der vorgestreckten Zunge bestehen starke Zuckungen in der Richtung von vorn nach hinten. Keine fibrillären Zuckungen. Auf dem Boden der Mundhöhle liegt die Zunge meist ruhig.

Gaumen- und Rachenreflex mittelstark. Masseterreflex sehr deutlich.

Das Auffallendste ist ein starker, fast ständig existirender Tremor in beiden Armen. Auch bei völliger Ruhe der Arme und wenn sich Patient ganz unbeobachtet glaubt, sistirt das Zittern nur selten und dann nur für wenige Augenblicke.

Der Tremor betrifft die Vorderarme und die Hände, ohne dass sich specielle Muskelgruppen hervorragend befallen erkennen liessen. Wir können bald eine Beugung und Streckung oder Rotation im Ellbogengelenk, bald eine Flexion-Extension, bald eine Ab- und Adduction im Handgelenke, endlich Combinationen aller dieser Bewegungen ausgeführt sehen. Einige Male sah ich bei ziemlicher Ruhe des aufliegenden Armes und abgelenkter Aufmerksamkeit die als „pillendrehend oder als geldzählend" bezeichneten Bewegungen zwischen Daumen und 2. und 3. Finger, wie sie bei Schüttellähmung bekannt sind, zu Stande kommen.

Der Tremor ist mässig schnellschlägig (etwa 5 in der Secunde) und nicht ganz gleichmässig. Zuweilen treten grössere Pausen zwischen den einzelnen Schlägen auf. Die Frequenz und auch die Excursion wechseln.

Mehrere Male sah ich an den beiden horizontal vorgestreckten Händen einen ganz ausgesprochenen Wechsel von Flexion-Extensionstremor und Abduction-Adductionstremor bei völligem Cessiren anderer Bewegungen. Der Wechsel geschah in der Weise, dass während der Flexion-Extensionsperiode eine Ab- und Adduction ganz unterblieb. Nach dem scheinbar regelmässigen Abklingen der Extension-Flexionsbewegungen begann eine regelmässige Periode von Ab- und Adductionsbewegungen im Handgelenke in der Horizontalebene. Wie beim Tremor des Kopfes, so glaube ich auch bei dieser Gelegenheit ein regelmässiges An- und Abschwellen der Amplitüde in jeder einzelnen Flexion-Extension bezw. Abduction-Adductionsperiode bemerkt zu haben.

Wenn Patient den Arm fest gegen eine Unterlage drückt oder sich z. B. an der Bettstelle in die Höhe zog, also eine dauernde starke Muskelcontraction vornahm, so wurde der Tremor bedeutend vermindert, zuweilen kam er dann ganz zum Stillstande. Ebenso wirkt Ablenkung der Aufmerksamkeit.

Im entgegengesetzten Sinne wirken active Bewegungen der Arme (so vermag Patient kein Glas Wasser zu tragen, ohne zu verschütten) und psychische Erregungen. Sehr eigenthümlich ist der Einfluss willkürlicher Impulse. Wir sehen das Zittern bei intendirten Bewegungen völlig den Charakter des Intentionszitterns annehmen: Der gestreckte Zeigefinger geht gerade auf das Ziel los, ohne ataktisches Ausfahren, doch unter heftigem, gleichmässigem Wackeln, das in einer Ebene stattfindet und gegen das Ende der Bewegung zunimmt.

Zur Unterdrückung des Tremors hält Patient gerne die Armmusculatur contrahirt, wesshalb es manchmal schwer wird, den Tri- und Bicepsreflex auszulösen. Spastische Zustände bestehen jedoch nicht.

Patellar- und Achillessehnenreflex beiderseits lebhaft, zuweilen Andeutung von Fussklonus, besonders links.

Bauchdeckenreflex, von der rechten unteren Partie der Bauchdecken aus, mittelstark, nicht zu erhalten.

Kremasterreflex vorhanden.

Plantarreflex links deutlich stärker wie rechts.

Die Sensibilität zeigt keine Störungen, nur der Temperatursinn ist an der Stelle der Verletzung in der Weise verändert, dass hier „warm" und „kalt" ungenau, nicht selten widersprechend angegeben werden.

Von vasomotorischen Störungen der Haut sei der sehr schön ausgesprochene Dermographismus erwähnt.

Die Muskelkraft ist nach Angabe des Pat. nicht schwächer wie früher, im Allgemeinen gering; insbesondere die beider Hände. Auch gibt später Pat. zu, dass die Kraft der Hände abgenommen habe.

Stehen mit geschlossenen Augen ist bei geschlossenen Füssen für kürzere Zeit möglich; nach etwa ½—1 Minute Schwanken. Auf dem rechten Fusse kann Pat. bei geschlossenen Augen gar nicht ohne zu Schwanken stehen, links ist dies gut ausführbar.

Die elektrische Untersuchung bot keinen besonders zu erwähnenden Befund. Es zeigte sich nur, dass Pat. schon bei ziemlich schwachen Strömen Schmerzempfindung äusserte.

Es erübrigt, noch Einiges über die Sprache zu sagen. Dieselbe ist leise, monoton. Durch die wenig von einander entfernten Zahnreihen werden die Worte nur undeutlich und stockend hervorgestossen. Die Lippen werden nur wenig bewegt, so dass die Labialconsonanten durchweg undeutlich sind. Auch das Gaumensegel, das sonst gut beweglich ist, tritt beim Sprechen unvollkommen in Action. Die Stimme zittert zuweilen, besonders bei schon leichter psychischer Erregung. Ohne zu scandiren stösst Patient doch gewissermaassen jedes Wort heraus: „Kann — ich — nicht — entlassen — werden", wobei fast jede Silbe eine Betonung enthält.

Die Apperceptions- und Reproductionsfähigkeit des Gehirns haben nicht gelitten, wohl aber vollzogen sich Verrichtungen der Association und Combination (Kopfrechnen, Concentrirung der Gedanken) abnorm langsam und unvollkommen.

Psychisch zeigt Patient wenig Auffallendes. Im Ganzen zeigt er ein scheues Wesen, zu traurigen Betrachtungen bezügl. seiner Zukunft geneigt.

Zur Begründung der Diagnose traumatische Neurasthenie bedarf es der Zusammenstellung nur weniger positiver und negativer Anhaltspunkte.

Wir wissen, dass die nervösen Störungen nach Traumen selten ohne psychische Störungen verlaufen und dass diese Störungen meist depressiven Charakter haben [6].

Auch in unserem Falle sehen wir geringe gemüthliche Depression: zweifelnde Fragen, bez. der Besserungsfähigkeit des Zustandes, häufig geäusserter Wunsch entlassen zu werden, wir finden ferner mangelhafte Aufmerksamkeit, leise, stockende, monotone Sprache, Zittern der Stimme. Hierzu kommen unruhiger Schlaf, schlechter Appetit, Trägheit der Darmfunction, Kopfschmerz, allgemeines Schwächegefühl. Schmerzen an der verletzten Stelle, besonders beim Druck und beim Gehen; mittelschneller Tremor im Kopf und beiden Armen, der durch psychische Erregung gesteigert wird; Zuckungen in der Gesichtsmusculatur; lebhafte Sehnenreflexe, Andeutung von Fussklonus, geringe Störungen der Hautempfindlichkeit gegen Temperatur- und elektrische Reize. Mannkopf'sches Phänomen, Erben-sche Pulsverlangsamung. Dies Alles finden wir bei einem hereditär nicht belasteten, aber von Jugend auf „nervösen" Individuum direct im Anschluss an ein Trauma auftreten.

Von organischen Veränderungen, auf die sich aus den oben geschilderten Krankheitssymptomen schliessen liesse, kommt differentialdiagnostisch nur die Sclerosis multiplex in Betracht. Wir haben Andeutung von Intentionstremor, Steigerung des Zitterns in Kopf und Armen bei Erregungen, lebhafte Reflexe, zeitweise Andeutung von Fussklonus, Sprachstörung, Kopfschmerz.

Zum typischen Bilde der Herdsklerose fehlen zunächst die Ataxien, der Gang ist sicher, kein Schwanken oder Stolpern. Ein Glas Wasser kann ein Sklerotiker bei Abwesenheit stärkerer Ataxie ziemlich gut in der Hand halten, während erst das Führen zum Munde zum stärkeren Schütteln Veranlassung bietet. Unser Pat. verschüttet aber schon beim Halten trotz Anspannung aller Armmuskeln bei senkrecht herabhängendem Arme. Beim Führen zum Munde wird der Tremor nicht allzu sehr verstärkt, vor Allem nicht atactisch. Es ist also nicht die Bewegung, sondern der dauernde zum Halten erforderliche Contractionszustand, der den Ruhetremor verstärkt. Die psychische Erregung der nun folgenden Zielübung kommt in letzter Linie hinzu.

Muskelsteifigkeiten bestehen nicht, soweit solche nicht zur Unterdrückung des Zitterns activ zu Stande gebracht sind.

Die Reflexe sprechen zwar leicht an, sind aber nicht hochgradig gesteigert. Geringer Fussklonus ist auch bei Neurasthenie beobachtet.

Nystagmus fehlt, die Sehschärfe ist nicht herabgesetzt, es liess sich keine Einschränkung des Gesichtsfeldes nachweisen.

Die Sprachstörung können wir nur als monoton und stockend bezeichnen, jedenfalls nicht als scandirend.

Wir haben ferner noch der Parkinson'schen Krankheit zu gedenken, für deren traumatische Genese neuerdings Linow [7] wiederum ein Beispiel geliefert hat. Charakteristisch für diese Erkrankung sind Muskelsteifigkeiten und typisches Zittern. Dasselbe ist ein klein- und schnellschlägiges, gleichmässiges Oscilliren der ruhenden Extremitäten; bekannt sind die pillendrehenden Bewegungen der 2—3 ersten Finger, ferner Schütteln des Kopfes.

Der von uns beschriebene Tremor unterscheidet sich von dem Oscilliren bei Paralysis agitans besonders dadurch, dass er nicht nur ein Ruhe-, sondern auch ein Bewegungstremor ist.

Differentialdiagnostisch besonders hervorzuheben ist das Fehlen von Muskelrigidität, das Fehlen der eigenthümlichen Art von Zwangsbewegungen, die man als Pro-, Retro- bez. Lateropulsion bezeichnet, ferner die zwar schlaffe aber doch gerade Haltung des Patienten, der plumpe, nicht schlürfende, grossschrittige Gang.

Von functionellen Leiden müssen wir weiterhin noch der Hysterie Erwähnung thun. Die bei Hysterie so häufigen Krämpfe fehlen hier vollständig. Wir vermissen Muskelspasmen; die Haut über der verletzten Stelle ist nicht hyperalgetisch noch analgetisch; es bestehen keine Anaesthesien. Gesichtsfeld ohne jegliche Einschränkung. Gaumen- und Rachenreflex sind in unserem Falle vorhanden. Das Auftreten des Tremors geschah angeblich unmittelbar im Anschluss an das Trauma, ohne ein längeres zitterfreies Intervall zwischen dem Unfall und dem Einsetzen des Tremors (cf. Heyse [9]). Continuirlicher Tremor ist bei Hysterie sehr selten; zumeist wird bei Hysterischen das Zittern anfallsweise mehrmals am Tage allein beobachtet oder es schliesst sich an einen hysterischen Anfall an. Endlich bedarf es der Betonung, dass der Tremor durchaus nicht die Nachbarschaft der Laesionsstelle zum Angriffspunkt gewählt hat, wie dies bei traumatischer Hysterie häufig zu beobachten ist.

Was unseren Fall besonders interessant und mittheilenswerth macht, ist zunächst die anhaltende Dauer und zweitens die Stärke des Zitterns. Diese wird durch die Bezeichnung Schütteln am besten charakterisirt.

Wir wollen uns nun noch etwas eingehender mit diesem Schütteln beschäftigen. Dasselbe ist mässig schnellschlägig, von etwa 5 Schwingungen in der Secunde. Aber es ist unregelmässig sowohl was die Frequenz als auch was die Excursion betrifft. Auch Pausen zwischen den einzelnen Schlägen wurden oben erwähnt. Die Bewegungsrichtung ist nicht immer die gleiche. Zumeist scheint das Schütteln in der Unterarm- und Handmusculatur combinirt. Beim Versuch, dieses Schütteln zu unterdrücken, werden die Musc. triceps, biceps, brachialis int. und brachio-radicalis long. contrahirt.

Auffallend ist ferner das Abwechseln der zitternden Muskelgruppen bei horizontal vorgestreckten Händen (cf. oben). Einen ähnlichen periodischen Wechsel zwischen Bewegungen der Flexion-Extensionsgruppe und der Abduction-Adductionsgruppe beschreibt Wertheim [10] bei einem 52 jährigen Manne mit Paralysis agitans. Es traten in diesem Falle ausserdem noch zeitweilig Combinationszuckungen beider Muskelgruppen auf. Auch Combination von Flexion-Extension und von Rotation (= Supination-Pronation) zeigte derselbe Patient.

Zur Erklärung dieses Alternirens wäre es denkbar, dass ein gewisser Ermüdungsgrad in den thätigen Muskelgruppen eintritt, wodurch die anderen ebenfalls unter dem Einfluss eines erhöhten Tonus stehenden Muskelgruppen das Uebergewicht erhalten. Sie treten nunmehr in Action, bis das umgekehrte Verhältniss stattfindet.

Eine weitere auffallende Erscheinung an dem Tremor vorliegenden Falles ist ein rhythmisches Schwanken der Amplitüde; sowohl der zitternde Kopf als auch die horizontal vorgestreckten Arme zeigen dieses periodische, anscheinend regelmässige An- und Abschwellen ziemlich deutlich schon bei aufmerksamer Betrachtung. Genauere Details wären nur von einer graphischen Darstellung zu erwarten. Leider stand mir jedoch kein derartiger Apparat zur Verfügung.

Wertheim-Salomonson hat eine grössere Reihe von Tremoren graphisch dargestellt. In 10 Fällen unter 55 fand er solche periodische Schwankungen der Amplitüde: ein regelmässiges, allmähliches Ansteigen bis zu einem gewissen Maximum und dann ein gleiches Abschwellen. Da hierdurch ein neuer Rhythmus zu Stande kommt, gab er dem Tremor das Attribut allorhythmisch. Die einzelnen Perioden des zweiten gewissermaassen superponirten Rhythmus sind nicht ganz regelmässig, wie aus den beigegebenen Curven ersichtlich.

Das Zustandekommen dieser Allorhythmie, dieses Auftretens von secundären, grossen Wellenbewegungen der Curven erklärt Wertheim aus einer Interferenz der Schwingungen in Folge ungleich schneller, rhythmischer Contraction der Muskeln. Experimentell erzeugte er allorhythmisches Zittern des Kopfes durch Reizung der Musc. sternocleidomast. mit je zwei sehr langsam schwingenden Inductionsapparaten von verschiedener, aber nur wenig differirender Unterbrechungszahl.

Endlich verdient noch das andeutungsweise vorhandene Intentionszittern Erwähnung. Der zielende Finger geht langsam oder auch schnell nach dem Commando, ohne irgendwie auszufahren, gerade auf sein Ziel los, dabei aber in ein immer stärker werdendes, gleichmässiges Wackeln gerathend. Besondere Beachtung verdient die Thatsache, dass dieses Wackeln in einer Ebene stattfindet. Bei dem richtigen Intensionstremor der multiplen Sklerose z. B. sehen wir nicht nur heftige ausfahrende Abweichungen von der Zielstrecke, sondern auch kurz vor dem Berühren des Zieles Excursionen nach allen Seiten, gewissermaassen ein Tasten nach dem Zielpunkt.

Um das Vorhandensein einer Ataxie sicher ausschliessen zu können, liess ich mir eine Schriftprobe anfertigen. Patient fasste das Papier fest mit der Linken; nachdem diese zur Ruhe gekommen, setzte er die Feder dicht zwischen den 2. und 3. Finger der linken Hand und wartete eine zitterfreie Zeit ab, dann brachte er mit einem Schwunge den Buchstaben zu Papier, um hierauf das nun verstärkt auftretende Zittern wieder vorübergehen zu lassen. Die Unsicherheit der Bewegung wird durch kräftigeren Federdruck zu überwinden gesucht. So kommt eine ziemlich deutliche Schrift zu Stande, die sich von atakticher Schrift sehr wohl unterscheidet. Jeder Buchstabe ist in seiner Form deutlich, die einzelnen Striche zeigen nur zuweilen leichte Wellenlinien, kein ungewolltes Ausfahren, keine Kleckse. Auffallend an der Schrift erscheint besonders, dass jeder Buchstabe allein steht, was durch die Art des Schreibens erklärt ist. Auch bei hochgradiger Ataxie können zusammenhängende Worte geschrieben werden. Unwillkürliche Schnörkel sind stets dabei zu finden.

Nach Allem dürfte somit unser Fall immerhin einiger die die Veröffentlichung rechtfertigender Beachtung werth erscheinen und zwar 1. wegen der ungemeinen Stärke des Tremors und 2. wegen der unveränderten, hartnäckigen Persistenz derselben.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Prof. Schultze für die Ueberlassung des Falles und die Durchsicht der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank zu sagen.

Literatur.

1. Lamacq: Arch. de Neurologie 1896, p. 226. — 2. Crocq: Ibid., p. 229. — 3. Krafft-Ebing: Neurasthenie (Nothnagel's Handbuch). — 4. Andrea Cristiani: Rivista speriment. di freniatr. Vol. XX. Referirt von Ziertmann: Neurolog. Centralbl. 1895, p. 32. — 5. Erben: Wiener klin. Wochenschr. 1898. — 6 Schultze: Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1891. — 7. C. Linow: Berl. klin. Wochenschr. 1899, No. 44. — 8. Schulz: Beitr. z. wiss. Medicin. Festschrift zur 69. Versamml. Deutscher Naturf. u. Aerzte. Braunschweig 1897. — 9. Heyse: Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 52. — 10. Wertheim-Salomonsohn: Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1897, Bd. X.

Aus dem Allgemeinen Krankenhause Hamburg - St. Georg.

Ueber Tuberculose des Magens.*)

Von Dr. M. Simmonds, Prosector.

M. H.! Auf dem letzten Congress für innere Medicin in Karlsbad hielt der bekannte Bacteriologe Petruschky einen Vortrag über Diagnose und Therapie des primären Ulcus ventriculi tuberculosum.[1]) Er theilte zwei Fälle mit, wo mit Hilfe einer positiven Tuberculinreaction länger bestehende hartnäckige Magenbeschwerden bei sonst gesunden Individuen als tuberculösen Ursprungs erkannt und mit Hilfe der Tuberculinbehandlung zur Heilung resp. Besserung gebracht wurden. Er bemerkte weiterhin, dass er im Institut für Infectionskrankheiten mehrere Fälle gesehen habe mit Erscheinungen des Magens, die „mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit auf das Vorhandensein eines Ulcus tuberculosum zurückgeführt werden konnten“. „Ich zweifle nicht“, schloss der Autor, „dass sich bei näherem Zusehen bald noch weitere Fälle hartnäckiger Magengeschwüre finden werden, bei denen auf diesem Wege die Diagnose geklärt und eine baldige Besserung erzielt werden kann.“

Nun, m. H., ich will mich nicht auf eine weitere Kritik der keineswegs einwandsfreien Petruschky'schen Mittheilung einlassen, nur das möchte ich betonen, dass das von ihm vorausgesetzte häufigere Vorkommen tuberculöser Affectionen des Magens nicht in Einklang zu bringen ist mit der pathologisch-anatomischen Erfahrung. Man kann viele hundert Sectionen ausführen, ohne auch nur ein einziges Mal dem tuberculösen Magengeschwür zu begegnen und eine isolirte oder primäre Magentuberculose hat wohl selten ein Pathologe zu Gesicht bekommen. Wie selten selbst das secundäre tuberculöse Ulcus ventriculi ist, mögen Sie daraus entnehmen, dass ich dasselbe in den letzten 10 Jahren unter nahezu 2000 Sectionen tuberculöser Individuen nur 8mal angetroffen habe und damit stimmen auch die aus anderen Anstalten mitgetheilten Erfahrungen überein.

Diese auffallende Widerstandsfähigkeit der Magenschleimhaut gegen den Tuberkelbacillus muss um so mehr auffallen, als der Darmcanal so besonders leicht zu tuberculösen Erkrankungen neigt und es hat desshalb nicht an verschiedenen Erklärungsversuchen für diese merkwürdige Thatsache gefehlt. Eine Zeit lang schien die Annahme am geläufigsten, dass die chemischen Eigenschaften des Magensaftes daran Schuld seien. Dann aber, als mehrere experimentelle Arbeiten den Nachweis führten, dass ein mehrstündiges Verweilen tuberculöser Massen im Magensaft oder in magensaftähnlicher Flüssigkeit die Lebensfähigkeit der Bacillen nicht zerstörte, kam jene Hypothese wieder in Misscredit und heutzutage scheint sie nicht mehr viel Anhänger zu haben.

Und doch war durch jene Experimente im Grunde nichts weiter bewiesen, als dass der Magensaft in einer bestimmten Zeit die Tuberkelbacillen zu tödten nicht im Stande wäre. Ob aber bei Gegenwart eines normalen Magensaftes Tuberkelbacillen sich in der Magenschleimhaut einnisten und fortwuchern könnten, dafür fehlte der Nachweis. Die Frage liesse sich am besten lösen, wenn es gelänge, in einer grössern Zahl von Fällen von tuberculösem Magenulcus die Reaction des Mageninhalts zu prüfen.

Einstweilen kann ich Ihnen aber über eine Beobachtung berichten, welche geeignet ist zur Stützung der Anschauung, dass die Entstehung tuberculöser Magengeschwüre durch Störung der Magensecretion erleichtert wird. Sie sehen hier den Magen eines 40 jährigen an Lungen- und Darmtuberculose verstorbenen Mannes. In der Nähe des Pylorus findet sich ein haselnussgrosses, wulstiges, das Lumen des Magens stark stenosirendes, derbes Carcinom. Weiterhin sehen Sie aber noch mehrere kleine bis erbsengrosse tuberculöse Geschwüre in dem stark ektasirten Magen. Da liegt gewiss die Vermuthung nahe, dass die durch die Gegenwart des Carcinoms verursachte Secretionsstörung und Herabsetzung der Salzsäureproduction die Ansiedlung der Tuberkelbacillen in der Magenschleimhaut begünstigte und dieses überraschende Zusammentreffen von Krebs und Tuberculose im Magen herbeiführte. Ich brauche wohl nicht hinzuzufügen, dass der Tumor, wie ein Geschwür mikroskopisch untersucht wurden.

Die übrigen tuberculösen Magengeschwüre, welche ich Ihnen vorlege, stammen sämmtlich von Individuen, die an Phthisis und Darmtuberculose gelitten hatten. Fast immer handelte es sich um kleine bis groschengrosse, solitär oder multipel auftretende, mit Vorliebe in der Pars pylorica, gelegentlich auch an anderen Magenabschnitten sitzende runde Ulcerationen mit den vom tuberculösen Darmgeschwür her bekannten charakteristischen überhängenden Rändern, welche die Unterscheidung vom Ulcus simplex leicht ermöglichen. An den mikroskopischen Präparaten werden Sie erkennen, dass die tuberculöse Infiltration im Wesentlichen der Submucosa angehört, dass an den Rändern des Geschwürs eine stärkere Anhäufung von Rundzellen mit einigen riesenzellhaltigen Tuberkeln und nekrotischen Herden vorhanden ist, dass durch diese Infiltration die Muscularis mucosae sammt den Drüsen emporgehoben ist und dass nach Zerstörung der Submucosa die ihrer Stütze beraubte Schleimhaut in das Geschwür herabhängt.

Dass die tuberculösen Geschwüre bei ihrem Tiefergreifen Gefässe arrodirten und zu Blutungen Veranlassung gaben, dass gar die Magenwand perforirt wurde, wie das beides gelegentlich beschrieben worden ist, habe ich nicht gesehen. Hingegen kann ich Ihnen ein tuberculöses Magenulcus vorlegen, welches sich durch einen ganz besonders grossen Umfang auszeichnet. Ich fand dieses Geschwür bei der Autopsie eines 39 jährigen Phthisikers. Der Magen war sehr weit. Vom Pylorus an erstreckte sich, im Wesentlichen an der kleinen Curvatur ein etwa 20 cm langes, 10 cm breites, ganz unregelmässig gestaltetes Geschwür über einen grossen Theil der Schleimhaut. Die Ränder waren theils flach, theils wallartig verdickt, theils mit Schleimhautfetzen besetzt. Der Grund war im Centrum glatt, derb, mit landkartenähnlich begrenzten narbigen Wülsten besetzt, an den Rändern granulirt. Kurzum, das Bild war ein so mannigfaltiges, dass es nicht möglich war, sofort die Diagnose sicher zu stellen.

Auch die mikroskopische Untersuchung bot grosse Schwierigkeit, so lange nur Stücke aus der Mitte des Ulcus untersucht wurden. Ich fand kernarmes Bindegewebe ohne charakteristische Structur, nichts von Bacillen. Erst an den Randpartien waren dann mit Leichtigkeit typische Tuberkeln zu finden, die nicht allein an der Submucosa, sondern auch in der angrenzenden Muscularis ihren Sitz hatten und in spärlicher Zahl auch Tuberkelbacillen beherbergten. Recht auffallend war mir an manchen Stellen eine auffallende Wucherung der Intima kleiner Arterien und circumscripte Rundzellenanhäufungen in der Adventitia, die eine Aehnlichkeit mit den bei syphilitischen Processen angetroffenen Veränderungen boten. Hingegen fehlten völlig die von Eugen Fraenkel beim syphilitischen Magenulcus angetroffenen Venenveränderungen. Die Serosa endlich war frei.

Hier hatten wir es also mit einem ganz ungewöhnlich grossen tuberculösen Magengeschwür zu thun und trotzdem waren auch hier ebensowenig wie in all' den übrigen von mir beobachteten Fällen irgend welche auf eine Betheiligung des Magens deutende Symptome vorhanden gewesen. Der Mann war wegen einer Mast-

*) Vorgetragen in der biolog. Abtheilung des ärztlichen Vereins am 5. December 1899.

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1889, No. 24.

darmfistel in's Krankenhaus gekommen. Nach der Operation machten die Lungenveränderungen rapide Fortschritte, es stellten sich Durchfälle ein und er starb schliesslich an einem Pneumothorax. Magenerscheinungen, speciell Erbrechen oder Schmerzhaftigkeit, waren nie verzeichnet worden.

Dieser Mangel klinischer Erscheinungen, der auch sonst beim tuberculösen Magengeschwür meist angegeben wird, erklärt die Unmöglichkeit einer Diagnosenstellung intra vitam. Die Schwierigkeit wächst aber noch weiter dadurch, dass ja auch beim Phthisiker gelegentlich das Ulcus rotundum zur Beobachtung kommt und dass dieses in der Regel sich mehr geltend macht als das tuberculöse Geschwür. Die beiden einzigen Fälle, welche ich in den letzten Jahren secirt habe und wo Phthisiker an ernsten Magenerscheinungen gelitten hatten, erwiesen sich als bedingt durch ein einfaches, nicht tuberculöses Magengeschwür. Im ersten Falle hatte ein 74 jähriger Mann öfter an Blutbrechen und Cardialgien gelitten und die Autopsie zeigte neben der ausgebreiteten Lungenphthisis am Pylorus ein thalergrosses flaches Ulcus, das sich mikroskopisch als einfaches Geschwür erwies. Der zweite Fall betraf einen 58 jährigen Phthisiker, der an hartnäckigem Erbrechen kaffeesatzähnlicher Massen und starker Schmerzhaftigkeit an der Magengegend gelitten hatte und schliesslich Symptome einer secundären perniciösen Anaemie bot, so dass man zur Annahme eines Magencarcinoms neigte. Hier fand sich am Pylorus ein thalergrosses tief eingezogenes mit Pankreas und Leber verwachsenes rundes Geschwür — von tuberculösen Veränderungen war im Magen nichts wahrzunehmen.

Solche Beobachtungen, welche durchaus nicht vereinzelt dastehen, legen den Schluss nahe, dass man beim Auftreten ernster Magenerscheinungen bei tuberculösen Individuen eher an ein Ulcus rotundum zu denken hat als an ein tuberculöses Geschwür. Die Anwendung des Tuberculins zu diagnostischen Zwecken, wie das Petruschky für zweifelhafte Magenerkrankungen vorgeschlagen hat, dürfte bei der extremen Seltenheit einer völlig isolirten Magentuberculose praktisch wohl nicht in Frage kommen.[2])

Im Gegensatz zu der bisher besprochenen Form der Magentuberculose — dem Ulcus tuberculosum — ist die zweite Form, die Bildung haematogener Miliartuberkeln in der Magenwandung ein häufiges Vorkommniss.

Bei der Unmöglichkeit, diese Gebilde mit unbewaffnetem Auge zu erkennen, ist es begreiflich, dass man bis vor Kurzem nichts von ihrem Vorkommen wusste. Erst im vorletzten Jahre hat Wilms[3]), ein Schüler Boström's, die Aufmerksamkeit darauf hingelenkt, nachdem freilich schon früher Kaufmann in seinem Lehrbuch der pathologischen Anatomie (S. 306) die kurze Notiz mitgetheilt hatte, dass er bei Kindern mit hochgradigster allgemeiner chronischer Miliartuberculose haematogen entstandene Tuberkeln in der Magenschleimhaut gesehen hätte. Wilms fand in der Magenschleimhaut eines an subacuter Miliartuberculose verstorbenen 9 monatlichen Kindes zahllose miliare nekrotisirende, von Bacillen durchsetzte, Leukocytenherde ohne charakteristischen Tuberkelbau und sprach gleich die Vermuthung aus, dass eine regelmässige mikroskopische Untersuchung des Magens in ähnlichen Fällen wohl ein häufigeres Vorkommen seines Befundes darthun würde.

In den wenigen Fällen, wo ich eine Nachprüfung ausführen konnte, hat sich das vollkommen bestätigt. Innerhalb Jahresfrist habe ich viermal haematogene Miliartuberkeln der Magenschleimhaut angetroffen; die Miliartuberculose der Magenwandung darf daher als ein häufigeres Vorkommniss angesehen werden.

Was Bau und Sitz der Knötchen betrifft, so vermag ich nach zwei Richtungen die Angaben von Wilms zu erweitern. Erstlich habe ich, abgesehen von den bacillenhaltigen Leukocytenherden, auch typisch gebaute Knötchen mit Reticulum, epitheloiden und Riesenzellen in der Schleimhaut angetroffen. Weiterhin kann ich Ihnen dann aber noch als neuen Befund auch das Vorkommen haematogener Miliartuberkeln in der Muskelhaut des Magens demonstriren. Sie sehen sie an den vorgelegten Präparaten und Photogrammen, welche von einem an ausgebreiteter Miliartuberculose verstorbenen Kinde stammen; neben zahlreichen Knötchen der Schleimhaut finden sich solche vereinzelt auch mitten in der Muscularis. Alle drei Schichten der Magenwand — von der Serosa war das längst bekannt — können demnach Sitz haematogener Miliartuberculose sein. Eine klinische Bedeutung beanspruchen diese Gebilde nicht, da die Individuen wohl stets zu Grunde gehen, bevor der Zerfall der Knötchen gröbere Zerstörungen verursacht.

[2]) Es sei mir vergönnt, wenigstens unter dem Strich, noch einer Veröffentlichung in der Deutschen Medicinalzeitung vom 11. Sept. 1899 Erwähnung zu thun. Der Verfasser stellte in zwei Fällen die Diagnose tuberculöses Magengeschwür, erzielte in zwei Wochen mit Hilfe von Perucognac Heilung und fand durch diese specifische Wirkung des Perucognac seine Diagnose „wesentlich gestützt"!

[3]) Centralbl. f. allgem. Pathologie 1897, Bd. VIII, S. 783.

Aus dem Neuen Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf (Abtheilung von Prof. Dr. Rumpf).

Mittheilung von zwei Fällen von Tetanus traumaticus.

Von Dr. R. Müller, Assistenzarzt.

Die seit Einführung des Behring'schen Tetanusantitoxins zur Kenntniss gekommenen Fälle von Tetanus traumaticus, die nach Behring, bezw. Tizzoni behandelt wurden, sind bei der relativen Seltenheit der Erkrankung noch so wenig zahlreich, dass von einer Beurtheilung des Werthes der Antitoxinbehandlung nicht die Rede sein kann; um zu einem abschliessenden Urtheil zu gelangen, dürfte für eine spätere Sammelforschung die Veröffentlichung auch von Einzelfällen geboten sein, selbst wenn sie, allein betrachtet, nur ein verhältnissmässig geringes Interesse bieten.

Zwei im Laufe des Winters 98/99 zur Aufnahme in das N. A. K. gelangte Tetanusfälle mögen daher im Folgenden ihre Darstellung finden.

Der 54 jährige Cassirer N. R. aus H., dessen Anamnese weder Potatorium noch Lues oder sonst irgend eine wesentliche Erkrankung ergab, verletzte sich am 20. I. den Daumen der rechten Hand dadurch, dass er beim Zerkleinern von Holz sich einen Splitter unter den Nagel stiess; obwohl er Anfangs einen sehr intensiven Schmerz verspürte, wurde die Wunde nicht weiter beachtet. Nach anfänglichem vollständigen Wohlbefinden traten am 30. I. Abends leichte Schlingbeschwerden, Ziehen im Kreuz und in den Gliedern und leichtes allgemeines Unwohlsein auf — Beschwerden, die Patient für Zeichen von Influenza hielt. Am 2. II. 5 Uhr Morgens erwachte R. mit schmerzhaften Krämpfen im Rücken, im Laufe des Vormittags traten Krämpfe auch in den Extremitäten auf, die ihn veranlassten, um 12 Uhr Mittags das Krankenhaus aufzusuchen.

Die sofortige Untersuchung ergab folgenden Status:

Kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustand; Sensorium frei. Puls 140, regulär, aequal, klein. Temperatur 37,6°. Haut sehr feucht. Gesicht cyanotisch.

Lungen ohne Befund. Respiration mühsam, 40.

Herz: Grenzen nicht nachweisbar pathologisch verändert. Ictus nicht fühlbar, Töne leise, rein.

Abdomen: Bauchdecken mässig gespannt; Milz percussorisch nicht vergrössert, nicht palpabel, ebensowenig die Leber.

Nieren: Urin spontan, etwa 100 ccm, sauer, Spuren Albumen, kein Zucker, spec. Gewicht 1024. Mikroskopisch 0.

Stuhl angehalten.

An der Innenseite des Nagelbetts des r. Daumens eine durch einen über den Nagelrand wenig hervorragenden Holzsplitter ausgefüllte Wunde, die wenig secernirt und total verschmutzt ist.

Die Musculatur der Oberextremitäten ist etwas gespannt, doch können die Arme frei bewegt werden; eine etwas höhere Spannung besteht in den Unterschenkeln, eine geringe in den Oberschenkeln; die Beine können adducirt, abducirt, gebeugt, gestreckt und rotirt werden, sind aber in der Bewegungsfähigkeit leicht behindert. Hals- und Rückenmusculatur mässig gespannt; Trismus, der Mund kann kaum 2 cm geöffnet werden. Schlucken von Flüssigkeiten gut.

In Pausen von wenigen (1—3) Minuten convulsivische, hochgradige Muskelspannung der gesammten Rumpf- und Nacken-, Gesichts- und Extremitätenmusculatur von 6—10 Secunden Dauer, die mit lebhaften Schmerzäusserungen seitens des Patienten verbunden ist; die Bauchdecken sind bretthart gespannt, die Muskelcontouren der Extremitäten treten reliefartig hervor, hochgradiger Opisthotonus, Zunahme der Dyspnoe. Häufig werden diese Anfälle ausgelöst durch Berührung oder Anreden des Patienten, helle Beleuchtung, Lärm.

Sensibilität intact.

Reflexe: Bicepssehnenreflex, Tricepssehnenreflex, Periostreflex der o. E. lebhaft. Patellar-, Achilles-, Bauchdecken-, Fusssohlenkitzelreflexe nicht auszulösen.

Pupillenreaction prompt, r. = l.

Diagnose: Tetanus traumaticus.

12½ Uhr Nachm. Injection von Behring'schem Tetanusantitoxin 31 ccm = 250 I.-E. (Höchst), 3,0 Chloralamid, 1 Spritze 25 proc. Kampherlösung.

3 Uhr Nachm. Die Attaquen treten fast in jeder Minute auf, Puls 146, klein. Ord. Morphin, Kampher, feuchte Einwicklung.

5 Uhr Nachm. Besserung des Allgemeinbefindens, Krämpfe in Pausen von 5 Minuten. Ord. Chloralamid 3,0.

6 Uhr Nachm. Unter Oberst'scher Localanaesthesie wird das I. Glied des r. Daumens abgetragen, antiseptischer Verband. Pat. empfindet nichts von der Operation, keine Anfälle während ihrer Vornahme; sonst in Pausen von 7—10 Minuten.

8 Uhr Abends. Warme Einpackung. Kampher.

12 Uhr Nachts. Nach der Operation relatives Wohlbefinden, die Anfälle treten in Pausen von ½—1 Stunde auf, mehrfach halbstündiger Schlaf. Puls 120, leidlich kräftig. Ord. Chloralamid 2.

3. II. 99. Gegen Morgen und Vormittags wieder zahlreiche Anfälle in Pausen von 5—10 Minuten. Starker Schweiss. Schluckt gut. Etwa 200 ccm Urin mit Spuren Albumen, ohne Cylinder.

10 Uhr Vorm. Injection von 31 ccm Tetanusantitoxin = 250 I.-E. Einspritzung, 3 mal 2 g Chloralhydrat p. d. Kampher.

Puls 124, leidlich kräftig, aequal, regulär. Temp. 36,7.

Nachmittags: Krämpfe in Pausen von 10—20 Min.; subjectives Befinden wesentlich besser als am Morgen, objectiv unverändert. Herztöne rein, leise, Action regelmässig, nicht sehr kräftig. Nachts ca. 3 Anfälle pro Stunde. Afebril, Puls 140.

4. II. 5 Uhr Früh. Nachdem Pat. mehrfach ½ Stunde geschlafen, Erbrechen unter heftiger Dyspnoe, Anfall, Exitus letalis.

Bezüglich des bacteriologischen Befundes verweise ich auf die Ausführungen der Herren Fränkel und Krause in dem Protokoll der „Biologischen Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg“, Sitzung vom 14. II. 99 in No. 12 der Münch. med. Wochenschrift: Es gelang Herrn Krause nicht nur, durch Impfung von dem operativ entfernten Splitter bei Meerschweinchen und Mäusen Tetanus hervorzurufen, an dem die Thiere nach 2—3 Tagen zu Grunde gingen, sondern auch Reinculturen zu züchten und mit vollem Erfolge zu verimpfen.

Die Section ergab ein geringes Oedem der weichen Hirnhäute an der Convexität und der Hinterfläche des unteren Dorsalmarks und geringe Sklerose der Basalarterien; auf beiden Flächen des Epicards grössere und kleinere Sehnenflecken, am 1. Herzrand frische, wie gespritzt aussehende Haemorrhagien, deutliche fettige Degeneration des vorderen Papillarmuskels, ausgesprochene Sklerose beider Coronararterien bei gut erhaltenem Lumen, intacten Klappenapparat, Sklerose der Aorta; feine Granulirung und Cystenbildung an den Nierenoberflächen, Trübung der Rinde; einige auffallend weiche Lymphdrüsen der r. Achselhöhle, bei deren Durchschneidung sich etwas trübe Flüssigkeit entleert.

Den 2. Fall verdanke ich Herrn Secundärarzt Dr. de la Camp. Es handelte sich um einen 35 jährigen Ueberarbeiter, der von der Westküste Afrikas kommend, am 9. XII. 98 aufgenommen wurde. Früher stets gesund gewesen, im August 98 Malaria; Beginn der jetzigen Erkrankung am 6. XI. mit Steifheit der Kopf- und Nackenmusculatur; seit dem 22. XI. am ganzen Körper steif, zwischendurch Krampfanfälle von 2—3 Minuten Dauer, Zustand in den letzten Wochen unverändert, andauernd Schlaflosigkeit. Pat. ist stets barfuss auf dem Schiff gegangen, will sich nicht verletzt haben, ausser ihm Niemand von der Mannschaft erkrankt. Kommt schräg in eine Droschke gelehnt, total steif zur Aufnahme.

Status: Mittelgut genährter, sehr grosser, musculöser Mann. Sensorium frei. Temp. 39,2, Puls 120. Innerer Organbefund, so weit zu untersuchen, insbes. Herz und Lungen ohne pathologischen Befund.

Urin eiweiss- und zuckerfrei, ohne Formbestandtheile.

Offene Wunde am Praeputium, an den Füssen viele Rhagaden, die aber sämmtlich keinen Anhaltspunkt für die Infection geben.

Der Kranke liegt steif wie ein Stock im Bett; die Musculatur der Beine, des Bauches, Rückens und Nackens in einem enormen tonischen Krampfzustand: der Leib fühlt sich bretthart an, ein Eindrücken ist völlig unmöglich, die Beinmuskeln sind einzeln scharf contourirt, der Mund kann in Folge von Kieferkrampf nur ½ cm weit geöffnet werden. Armbewegungen beschränkt durch die Nackenmusculaturkrämpfe. Die Sensibilität ist erhöht an den Unterextremitäten und am Bauch, jede Berührung und Bewegung schmerzhaft. Der an sich schon schmerzhafte Krampfzustand wird etwa alle 10 Minuten von acut einsetzenden Krämpfen complicirt, die den Pat. zu lautem Stöhnen und Schreien veranlassen.

Patellarreflexe nicht auslösbar, Biceps- und Tricepsreflexe normal. Ther. Behring'sches Tetanusantitoxin 500 I.-E. Morphin.

10. XII. Der Krampfzustand dauert an, nur die intermittirenden Anfälle seltener, etwa alle 20 Min. Herzaction schwächer, Puls 100—120. Temp. 38,0—38,4.

Ord. 250 I.-E. Tetanusantitoxin, 4,0 Chloralhydrat, Spir. aeth. ständl. 5 Tropfen.

11. XII. Zustand etwas leidlicher, jede ½ Stunde noch enorme Schmerzattaquen; Rigidität hält an.

Sensorium dauernd frei. Temp. 37,4—38,5, Puls 100—120.

Urin ohne Eiweiss und Zucker, Menge 3500; spontan gelassen.

12. XII. Gegen Abend wieder Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Pat. fühlt sich sehr matt.

Herzschwäche nicht mehr vorhanden. Temp. Morgens 37,2, Abends 38,2. Puls 96—120.

Ord. 250 I.-E. Tetanusantitoxin, 8,0 Chloralhydrat wie gestern.

13. XII. Ganz wesentliche Besserung, Pat. kann bereits die Beine anziehen und den Mund 2 cm weit öffnen; Patellarreflexe vorhanden.

Temp. Morgens 36,9, Abends 38,2. Puls 96—116.

14. XII. Gegen Abend Temperatursteigerung auf 38,5, Puls 108. Ord. 250 I.-E. Antitoxin. Dauernd 8,0 Chloralhydrat.

19. XII. Schnelle Besserung; die Muskelrigidität nimmt ab, schon allerlei Bewegungen möglich. Keine Sensibilitätsstörungen.

Diurese andauernd über 3000 ccm. Tempertur subfebril. Puls stets 96—108. 6,0 Chloralamid.

22. XII. Massage, kohlensaure Bäder. Fieberfrei.

23. XII. Steht auf.

31. XII. Der Gang und alle Bewegungen haben noch etwas gezwungen Steifes, der r. Arm bezüglich der Deltoidesmusculatur noch schwach.

Appetit sehr gut, 5½ Pfd. Gewichtszunahme.

16. I. Geheilt entlassen.

Erörtern wir die Frage der Wirksamkeit des Antitoxins, so lässt sich im Fall I ein günstiger Einfluss des Serums auf den Krankheitsverlauf nicht bestreiten, wir sehen, dass etwa 5 Stunden nach der Injection die Anfangs in Pausen von wenigen Minuten auftretenden Anfälle seltener wurden und an Intensität verloren, bis sie sich Nachts nur 1—2 mal in der Stunde wiederholten; erst unter der Einwirkung des Tagesgetriebes trat wieder eine Zunahme der Attaquen ein. Dasselbe wurde nach der 2. Injection beobachtet, auch jetzt seltenere und weniger intensive Anfälle und Hebung des subjectiven Befindens.

Wenn trotz der mit Rücksicht auf den späten Eintritt der Primärerscheinungen und ihre frühe, nicht erfolglose Behandlung günstigen Prognose, die allerdings von vornherein durch die Beschaffenheit des Pulses getrübt war, der Exitus erfolgte, so dürfte er seine Erklärung in der Papillarmuskeldegeneration und der Coronararteriensklerose finden.

Der 2. Patient würde vermuthlich auch ohne Seruminjectionen genesen sein, man darf aber wohl annehmen, dass durch die Serumdarreichungen, die keinerlei schädliche Nebenwirkung hervorriefen, eine Abkürzung des Krankheitsverlaufes bedingt wurde; während nach den ersten Injectionen nur eine geringe, in selteneren Auftreten der Krampfanfälle bestehende Besserung eintrat, und am 4. Tage Abends sogar eine Verschlechterung sich zeigte, liessen die tetanischen Erscheinungen nach der 3. Injection in ganz augenfälliger Weise nach: Pat. vermochte den Mund zu öffnen und die Beine an den Leib zu ziehen, Fortschritte, die nicht ohne Weiteres der Chloraldarreichung zuzuschreiben sind.

Casuistische Beiträge zur Schwierigkeit der Diagnose endocranieller otogener Erkrankungen.*)

Von Dr. Röpke in Solingen.

M. H.! Treten bei einer acuten oder chronischen Mittelohreiterung Symptome auf, die den Verdacht auf eine Mitbetheiligung des Hirns, der Hirnhäute oder der Blutleiter rechtfertigen, so ist es geboten, die Mittelohrräume und die Warzenfortsatzzellen freizulegen und die Wandungen dieser Knochenhöhle abzusuchen nach etwaigen cariösen Stellen, Fisteln oder Defecten, die uns den Weg zeigen könnten, den event. die Eiterung in die Schädelhöhle genommen hat. Ist die Knochenwand irgendwo erkrankt, so ist uns die Stelle gegeben, an der wir die Schädelhöhle zu eröffnen haben, wir werden in Zusammenhang mit dieser Stelle den intracraniellen Herd mit Wahrscheinlichkeit finden.

Complicirter wird die Sache, wenn die Knochenwandungen des Mittelohrs und der Warzenfortsatzzellen vollständig intact sind und trotz Freilegung dieser Hohlräume die Hirnreizungs- oder Hirndruckerscheinungen nicht nachlassen. In einer grossen Anzahl von Fällen wird es dann wenigstens möglich sein, auf Grund der Symptome zu bestimmen, ob der Krankheitsherd in der mittleren oder in der hinteren Schädelgrube liegt, in einer ganzen Reihe von Fällen wird aber auch das nicht einmal möglich sein. In anderen Fällen wieder wird man glauben, seiner Sache ganz sicher zu sein, man wird auf Grund einer sorgfältig aufgebauten Diagnose zielbewusst an einer bestimmten Stelle trepaniren, ohne einen Krankheitsherd zu finden. Kurzum, wer sich mit der Chirurgie endocranieller, otogener Erkrankungen befassen will, darf sich durch Irrthümer in der Diagnose oder auch durch operative Misserfolge nicht entmuthigen lassen.

Gestatten Sie mir nun, dass ich Ihnen zwei Krankengeschichten mittheile, die das oben Gesagte beleuchten sollen:

*) Vortrag, gehalten in der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte. Sitzung vom 3. December 1899.

I. Fall. Ein 25 jähriges Dienstmädchen hat seit Kindheit Ohrenlaufen rechts, seit Anfang Juni Erbrechen, Fieber mit Schüttelfrost einsetzend, stärker werdende Schmerzen im Hinterkopf rechterseits, Zuckungen im rechten Arm und Bein. Vor 5 Tagen ist sie auf dem Wege von ihrer Herrschaft zu ihren Eltern zusammengebrochen und bewusstlos auf der Strasse aufgefunden worden. Seit 3 Tagen ist Steifigkeit des Nackens aufgetreten, sie hat so rasende Schmerzen gehabt, dass sie sich wie eine Wahnsinnige geberdet hat.

Objectiver Befund: 25. VI. Abgemagertes, junges Mädchen mit verfallenen Zügen, die Zunge ist trocken und belegt, starker Foetor ex ore, keine Lähmungen, keine Pupillendifferenz. Der Gang ist schwankend, der Nacken ist steif, der Kopf ist nach hinten gezogen. Druckempfindlichkeit des Hinterkopfes rechts genau der Stelle der in die Tiefe bohrenden Schmerzen entsprechend. Beiderseits Stauungspapille (Dr. Quint). Die Patellarreflexe sind gesteigert. Puls 120, Temperatur 38,5°.

Im rechten Gehörgange liegen schmutzige, stark riechende Eitermassen. Aus einer Fistel an der hinteren, oberen Gehörgangswand kommen Granulationen hervor. Von Hörprüfungen und Stimmgabelversuchen muss Abstand genommen werden, da Pat. nicht ganz klar ist.

An demselben Nachmittage Radicaloperation. Cholesteatom des Antrum und des Kuppelraums. Nirgends cariöse Stellen oder Fisteln der Knochenwandungen. Von einem weiteren Eingriff wird vorläufig Abstand genommen.

Abends: Temperatur 39,2°, Puls 60, starke Delirien, Pat. springt wiederholt aus dem Bette, presst sich den Kopf zwischen die Hände.

Am folgenden Tage nehmen die Beschwerden zu, der Nacken wird vollkommen steif, Pat. hat starke Schmerzen. Der Puls schwankt zwischen 56 und 60, Temperatur steigt Abends bis 37,5°.

27. VI. Stauungspapille ist in Zunahme begriffen, sehr unruhige Nacht, Zuckungen der rechten Köperseite.

Nachmittags Operation: Zunächst Freilegung des Sinus transversus in grosser Ausdehnung, der normale Wände hat und bei jeder Inspiration zusammenklappt; er ist nicht thrombosirt.

Dann wird die hintere Schädelgrube weiter frei gelegt durch Abbrechen der Schädeldecke von der bisherigen Operationswunde aus nach hinten. Die Dura über dem Kleinhirn pulsirt leicht. Breite Incision der Dura, es fliesst normale Cerebrospinalflüssigkeit ab, die aber nicht unter besonders hohem Drucke steht. Einstechen in das Kleinhirn mit einem Skalpell nach allen Richtungen, ohne dass Eiter gefunden wird. Hierauf Freilegung der mittleren Schädelgrube vom Tegmen antri aus, auch hier ist die Punction negativ.

Am Tage nach dieser eingreifenden Operation sind die Kopfschmerzen geringer; Patientin ist auch den ganzen Tag klar, der Puls hat sich noch mehr verlangsamt, ist bis 40 in der Minute heruntergegangen. Stuhlverhaltung, Appetit liegt darnieder. Abends Blasenlähmung. Temperatur 37,2°.

Von da ab bessert sich das Befinden der Pat. zusehends, nach 14 Tagen ist sie fast ohne Beschwerden, der Puls ist ganz allmählich in die Höhe gegangen, die Temperatur ist ganz normal gewesen, die Stauungspapille ist in Abnahme begriffen, der Nacken wieder beweglich, der Appetit wird von Tag zu Tag besser.

Der weitere Krankheitsverlauf bietet nichts Interessantes. Acht Wochen nach der Operation wird Patientin aus der Klinik entlassen. Noch geringe Secretion aus dem Mittelohr. Jetzt ist sie ohne jegliche Beschwerden und geht ihrer Beschäftigung als Dienstmädchen wieder nach.

Es ist auch jetzt noch geringe Absonderung von Schleim aus dem Mittelohr (Gegend der Tubenöffnung). Hörfähigkeit auf dem rechten Ohr gleich 2 Meter für Flüstersprache.

Nach eingehender Untersuchung des Falles kam ich zu der Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Kleinhirnabscess, event. complicirt mit Sinusthrombose. Auf jeden Fall war zunächst die Radicaloperation sofort geboten. Als ich nun bei der Radicaloperation keinen directen Zusammenhang zwischen dem primären Krankheitsherd und der Schädelhöhle fand, nahm ich von einem weiteren Eingriff trotz der bedrohlichen Symptome Abstand, um den Erfolg der Operation erst abzuwarten.

Die einzige Aenderung, die nun nach der Radicaloperation eintrat, war die, dass das Fieber abfiel, ganz oder nahezu normale Temperatur eintrat, gleichzeitig der Puls sich aber verlangsamte. Die anderen Hirnerscheinungen (Schmerzen im Hinterkopf, Nackensteifigkeit, Zuckungen der Extremitäten auf der erkrankten Seite, Stauungspapille) nahmen zu.

Ich glaubte nunmehr die Diagnose „Kleinhirnabscess" gesichert und führte die oben beschriebene Operation aus, die eine Bestätigung meiner Diagnose nicht ergab.

II. Fall. Ein 14 jähriger Arbeiterssohn hat seit 2 Jahren Ohrenlaufen rechts, damals Eiterdurchbruch auf dem Warzenfortsatze, seitdem Fistel daselbst. Ende August dieses Jahres, als er in der Feriencolonie war, traten starke Ohrenschmerzen mit Schwindel und Erbrechen auf, er fiel verschiedentlich bewusstlos um, hatte öfters Krämpfe. Der dortige Arzt hat ihn dann nach Hause transportiren lassen, wo er seitdem krank gewesen ist. Die Eltern beklagten sich, dass der Junge ganz verändert ist; er ist sehr jähzornig, hat ein verschlossenes und mürrisches Wesen, was früher nie an ihm bemerkt wurde. Er hat fortwährend starke Schmerzen im Hinterkopf. Seit 8 Tagen hat sich der Zustand sehr verschlimmert, er hat Nachts nicht mehr geschlafen und durch sein Schreien alle Hausgenossen wach gehalten. In den letzten beiden Tagen hat die Mutter öfters Zuckungen in den Armen und Beinen, aber nur auf der rechten Seite, beobachtet.

Erste Consultation: 29. IX. Anaemischer, schlecht genährter Knabe. Rechte Pupille erweitert, reagirt nicht, Augenhintergrund normal (Dr. Quint), Facialisparese rechts, weder Augenmuskellähmungen, noch Lähmungen der Extremitäten. Der Kopf kann normal gedreht werden, dabei aber Schmerzen auf der erkrankten Seite des Hinterkopfes, der auf Druck stark empfindlich ist. Die Patellarreflexe sind gesteigert.

Aus der Fistel auf dem Warzenfortsatze kommt stinkender Eiter; der Gehörgang rechts liegt voll von Granulationen. Flüstersprache wird auf der erkrankten Seite nicht verstanden. Die Stimmgabelversuche sind unsicher, sind nicht zu verwerthen. Puls 58, Temperatur 36,3°.

30. IX. Radicaloperation: Im Antrum schmierige Eitermassen und Granulationen. Nach Auskratzung und sorgfältiger Blutstillung wird die Höhle abgeleuchtet und werden nach allen Seiten die Wände sondirt. Nirgends Fisteln oder Defecte. Der Knochen ist in der Gegend des Sinus transversus etwas verfärbt. Die Freilegung des Sinus ergibt aber, dass derselbe pulsirt und normal aussieht.

Abends: Somnolenter Zustand, Respiration hat deutlich Cheyne-Stokes'schen Typus. Zuckungen des rechten Armes und Beines, zuweilen des ganzen Körpers. Puls 54, Temp. 36,6°. Facialisparese ist stärker geworden. Patient wirft sich unruhig hin und her. Nachts 1 Uhr hat er zu trinken verlangt, hat von da ab ruhig geschlafen.

Am anderen Morgen liegt Patient ruhig da, ist aber nur mit grosser Mühe aus tiefem Schlafe zu erwecken, gibt auf die an ihn gerichteten Fragen zwar zögernde, doch vollkommen richtige Antworten. Am Mittag wieder starke Zuckungen der rechten Extremitäten, zugleich völlige Bewusstlosigkeit, ebenso Verlangsamung der Respiration, zuweilen wieder deutlich Cheyne-Stokes'scher Typus. Der Anfall dauerte einige Stunden, er ist dann wieder ganz klar, klagt viel über Schmerzen im Hinterkopf. Abends Temperatur 37,4°, Puls 56.

3. X. Freilegung des Kleinhirns von der bestehenden Operationswunde aus: Dura pulsirt, wird gespalten. Kein Eiter im Subduralraum, auch keine vermehrte Cerebrospinalflüssigkeit. Einstechen in das Kleinhirn vor und hinter dem Sinus, kein Eiter gefunden.

In den Tagen nach dieser Operation bleibt der Zustand genau derselbe, keine Temperatursteigerung. Erst vom 7. X. ab Temperaturerhöhung, zuerst bis 37,8°, dann 38,5°, am 14. X. 39,5°, von da ab fällt die Temperatur langsam, vom 22. X. ab vollständig normale Temperatur und Pulsfrequenz.

Am 4. XI. wird Patient aus der Klinik entlassen. Die Operationswunde auf dem Warzenfortsatz ist jetzt vernarbt. Noch Secretion aus dem Mittelohrinnern. Patient hat aber keinerlei Beschwerden mehr. Die Facialisparese hat sich gebessert, Kopfschmerzen hat er nicht wieder gehabt. Der Appetit ist gut, er hat an Körpergewicht zugenommen.

Dieser Fall ist dem ersten in seinem Verlauf sehr ähnlich, wenn auch die Symptome natürlich nicht alle dieselben sind: Wir haben auch hier wieder starke und auf den Hinterkopf beschränkte Schmerzen der erkrankten Seite und Druckempfindlichkeit daselbst, ferner Schwindel und Erbrechen. Die Patellarreflexe sind gesteigert, es bestehen in beiden Fällen Zuckungen der Extremitäten der erkrankten Seite, zeitweilige Bewusstlosigkeiten, Pulsverlangsamung.

Dazu kommt nun in dem zweiten Falle noch die Facialisparese auf der erkrankten Seite, ferner die Verlangsamung der Respiration mit Cheyne-Stokes'schem Typus. Es fehlen in dem zweiten Falle Veränderungen des Augenhintergrundes.

Wie Sie sich denken können, entschloss ich mich in dem Gedanken an die Erfahrungen, die ich in dem ersten Falle gemacht hatte, nur ungern zur Punction des Kleinhirns. Die Symptome waren nach meiner Ansicht aber so klar, dass ich eine Eiterung im Kleinhirn annehmen musste. Auch dieses Mal wurde meine Diagnose, durch die Operation wenigstens, nicht bestätigt.

M. H.! Ich will Ihnen nun noch über einen anderen Fall berichten, der die Beurtheilung der beiden ersten Fälle nach meiner Meinung erleichtert.

Eine 14 jährige Bäckerstochter hat nach dem Berichte des behandelnden Arztes seit mehreren Jahren an Ohrenlaufen auf der linken Seite gelitten. Anfangs December vorigen Jahres bekam sie starke Ohrenschmerzen, ferner Schmerzen im Hinterkopf, die sich aber nur auf die linke Seite beschränkten. Gleichzeitig trat Erbrechen und Schwindel auf. Patientin wurde bettlägerig, bekam hohes Fieber (bis 40,0°), Nackensteifigkeit. Namentlich Abends waren starke Delirien, so dass sie festgehalten werden musste. Nach 14 tägigem Krankenlager besserte sich der Zustand allmählich und am 18. I., also 6 Wochen nach beginnender Erkrankung war sie im Stande, den Weg von 1½ Stunden in meine Sprechstunde zu Fuss zurückzulegen. Irgend welche Beschwerden ausser der stark riechenden Ohreiterung hatte sie nicht mehr.

Objectiver Befund: Facialislähmung auf der linken Seite, Gehörsfunction links vollständig aufgehoben. Der linke Gehörgang liegt voll von Granulationen, die Eiterung ist stark foetid. Nach Wegnahme der Granulationen sieht man, dass dieselbe theils von hinten oben aus einem Defect der Gehörgangswand, theils vom Promontorium ihren Ausgang genommen haben. Von weiteren Sondirungen wird Abstand genommen, da die Radicaloperation gemacht werden soll.

20. I. Radicaloperation. Das Antrum ist vergrössert durch Einschmelzung verschiedener Warzenfortsatzzellen, es liegt voll von Granulationen und stinkendem Eiter. Die Wand des Promontorium ist zerstört, durch diesen Defect kommen Granulationen hervor, bei Druck auf dieselben entleert sich Eiter aus dem Labyrinth. Die Granulationen werden mit einem scharfen Löffel vorsichtig ausgekratzt, wobei die halbe nekrotische Schnecke mit herausbefördert wird. In das Labyrinth wird ein Jodoformgazestreifen locker hineingelegt.

Das Wohlbefinden wird durch diesen Eingriff in keiner Weise gestört. Die Eiterung durch das Labyrinth lässt jedoch nicht nach; bald schiessen weitere Granulationen hervor, die mit ätzenden Mitteln schwer zurückgehalten werden können. Es stellen sich allmählich wieder Kopfschmerzen ein; die Eiterung, die hauptsächlich aus der Tiefe des Labyrinths kommt, ist so reichlich, dass der Verband täglich durchnässt ist.

Ein Monat nach der Radicaloperation nochmalige Auskratzung des Labyrinths in Narkose: Es werden wieder nekrotische Theile der Schnecke mit dem Löffel herausbefördert. Am anderen Tage Schüttelfrost, Erbrechen, Ansteigen der Temperatur bis 39,9°, starke Schmerzen im Hinterkopf. Einige Tage später Zuckungen des Körpers, hauptsächlich in den Extremitäten der erkrankten Seite, Nackensteifigkeit, Druckempfindlichkeit über der ganzen Wirbelsäule, Blasenlähmung. Nach 8 qualvollen Tagen Exitus in tiefem Coma. Section wurde nicht gestattet.

In diesem Falle ist es klar, dass der Eiter vom Labyrinth aus durch den Meatus auditorius internus an die Hirnbasis gelangt ist. Interessant ist es, dass nach der ersten, heftigen Attacke, die mit Fieber, Schüttelfrost, Nackensteifigkeit einsetzte, der Process an der Hirnbasis anscheinend ausgeheilt war. Der reichliche Eiterausfluss aus der Tiefe des Labyrinths, der aber sicher nicht allein aus dem Labyrinth entstammen konnte, spricht aber dafür, dass auch zu der Zeit, als Pat. frei von allen Beschwerden in meine Behandlung kam, noch Eiterung an der Hirnbasis bestand. Die acute Meningitis war in ein chronisches Stadium getreten und hatte sich wahrscheinlich um den Meatus auditorius herum abgekapselt. Erst durch die zweite Auskratzung des Labyrinths, die zum freien Abfluss der starken Eiterung nothwendig war, sind dann die Infectionserreger wieder mobil gemacht und verschleppt worden. Aus der circumscripten Meningitis wurde eine diffuse, die den Exitus herbeiführte.

Nun komme ich zu unseren beiden ersten Fällen zurück: Durch den Befund bei der Operation und durch den weiteren Krankheitsverlauf ist es als ziemlich sicher anzunehmen, dass in beiden Fällen ein Abscess im Kleinhirn nicht bestand. Ich neige vielmehr zu der Ansicht, dass es sich auch in diesen beiden Fällen um eine circumscripte purulente Meningitis der hinteren Schädelgrube mit Hydrocephalus internus gehandelt hat. Die Meningitis ist in ein chronisches Stadium getreten und nach Ausrottung des primären Herdes wahrscheinlich spontan ausgeheilt. Auf welchem Wege die Infection der Hirnhäute erfolgt ist, wage ich nicht zu entscheiden; eine Labyrintheiterung habe ich in beiden Fällen nicht nachweisen können. Nicht vollständig auszuschliessen ist eine nicht eiterige, acute Encephalitis von Theilen des Kleinhirns. Dass zwischen chronischer Ohreiterung und der acuten Encephalitis ein gewisser Zusammenhang besteht, ist durch mehrere Beobachtungen erwiesen.

Schleimhautpemphigus als Ursache der Verwachsung des weichen Gaumens und Heilung derselben mittels besonderer Hartgummibougies.

Von Dr. med. Georg Avellis in Frankfurt a. M.

In seiner sehr sorgfältigen und die Literatur ganz besonders berücksichtigenden Arbeit über die Verwachsungen des weichen Gaumens führt P. Heymann [1] folgende Aetiologie an:

In allererster Linie kommt die **Syphilis**. Wenn auch im secundären Stadium kleinere Verwachsungen entstehen können (Heymann und Schech [2]), so sind es doch eigentlich die verschiedenen tertiären Formen der Syphilis, die zu Verwachsungen und Verlöthungen im Nasenrachen führen. Relativ häufig sind solche Verwachsungen auch bei hereditärer Syphilis gesehen worden. Nächst der Syphilis ist die häufigste Ursache von Pharynxstenosen das **Sklerom**. Wir in Deutschland sehen ja keine Fälle von Sklerom, aber Baurovicz [3] erklärt, dass in Krakau „dem Sklerom als Ursache der Rachenverengerung in Bezug auf Häufigkeit die erste Stelle gebühre". Mit der Syphilis und dem Sklerom als aetiologisches Moment für die Rachenverwachsungen ist die Lehre von den Ursachen derselben beinahe schon erschöpft. Viele dunkle Fälle halten einer scharfen Kritik nicht mehr Stand und können die Meinung, dass es sich doch um Syphilis gehandelt habe, nicht widerlegen.

Immerhin liegen noch einige Beobachtungen vor, wo eine andere Ursache als Syphilis und Sklerom für die Verwachsung kenntlich ist. Dahin gehören die Fälle, wo nach lupösen Ulcerationen mehr oder minder hochgradige Verlöthungen der weichen Rachentheile aufgetreten sind (M. Schmidt, P. Heymann [4]).

Die Tuberculose der Rachenschleimhaut macht dagegen niemals solche Verwachsungen wie event. der Lupus. Wenn ähnliche Narben bei ihr entstehen, so sind sie wohl immer Folge von chirurgischen Eingriffen (Auskratzungen, galvanokaustischen Aetzungen etc.). Pluder [5], der solche Fälle publicirte, neigt selbst zu dieser Ansicht.

Endlich gilt auch in seltenen Fällen die **Diphtherie** als Ursache für Narbenstenosen im Pharynx. Heymann anerkennt in dieser Richtung die Berichte von Poorten, Mac Mahon, Gerber, Fleischmann und Borchard und sah selbst einige Fälle, wo nach diphtheritischen Ulcerationen am Gaumen sowohl Defecte als auch unbedeutende Verwachsungen zurückgeblieben waren.

Dass Schnupfen und einfache Katarrhe zu Verwachsungen des Gaumens führen (Hoppe [6]), glaubt wohl Niemand im Ernst. Auch ein Fall von Verwachsung nach Scarlatina (Creswell Baber [7]) ist sehr zweifelhafter Natur, da congenitale Syphilis nicht auszuschliessen war.

Von den Verwachsungen nach Verätzungen, Verbrennungen, Verletzungen sehen wir hier ab, denn bei ihnen liegt die Aetiologie auf der Hand und hat nichts Charakteristisches.

Die Aetiologie der nicht traumatischen Gaumensegelverwachsungen beschränkt sich also auf Syphilis, Diphtherie und Lupus, wozu in Oesterreich-Polen noch das Sklerom kommt.

Ich möchte diese spärliche Aetiologie noch dahin erweitern, dass man auch den **Schleimhautpemphigus** als Ursache für die Verwachsungen im Rachen in Anspruch nehmen darf.

Es gibt in der Literatur bisher nur drei Beobachtungen, wo beim Rachenpemphigus Verwachsungen des weichen Gaumens beschrieben sind.

Die erste stammt von Schrötter [8], die zweite von Landgraf [9], die dritte angeblich von Steffan [10]. Wenigstens citirt diesen M. Menzel [11], der in allerletzter Zeit aus Schrötter's Klinik eine Arbeit über Schleimhautpemphigus publicirte. Wie ich aber bei der Durchsicht von Steffan's Originalarbeit constatiren musste, steht in dieser über den Rachenbefund nur eine Anmerkung, die nach einem Briefe von Moritz Schmidt weissgraue Flecke und eine Blase auf der laryngealen Seite der Epiglottis schildert, aber keine Andeutung über Verwachsungen. Das Citat klärt sich indess auf, wenn wir die Schilderung desselben Falles bei M. Schmidt (auf S. 534, II. Aufl.) lesen. Da steht: „Durch vorhergehende Eruptionen waren schon Verwachsungen der hinteren Gaumenbogen mit der Schlundwand eingetreten, welche nach und nach zu einem vollständigen Verschlusse nach der Nase zu führten."

Während Schrötter Narben am Gaumen und an der hinteren Rachenwand sah, schildert Landgraf „strangartige Verwachsungen der Gaumenbögen mit der hinteren Rachenwand" und Schmidt einen vollständigen Verschluss nach der Nase zu.

Ich schliesse diesen drei Krankengeschichten eine eigene Beobachtung hier an:

Am 12. März 1898 kam ein 39 jähriger Arbeiter der k. Pulverfabrik zu Hanau, Gotthard W. von Grossenhain zu mir, der sich über zeitweise Schmerzen im Munde und über die Unmöglichkeit, sich zu schneuzen, beklagte. Die Affection besteht schon länger als 5 Jahre. An den Lippen, besonders an den Winkeln der Unterlippe, sieht man feine weissblaue, syphilitischen Plaques oder oberflächlichen Höllensteinätzungen nicht ähnelnde, an einzelnen Stellen flach eingesunkene Narben, die bei Berührung nicht bluten. Daneben aber an der Mundseite der Unterlippe hellgraue, auf geröthetem Untergrund sich deutlich abhebende, nicht erhabene Flecke, die beim Abwischen mit dem Wattebausch leicht bluten. An 2 Stellen lässt sich an der grauen Stelle ein

feines Häutchen wegwischen resp. aufheben. Darunter zeigt sich eine hochrothe, feuchte, der oberflächlichen Decke entbehrende Schleimhautstelle. Dieselben fetzigen Epithelablösungen finden sich an der Backenschleimhaut und zeitweise an den Zungenrändern. Der weiche Gaumen und die Bögen sind (bis auf eine, nur für eine feine Sonde durchgängige Stelle direct hinter der Uvula) mit der Rachenwand vollständig verwachsen. Die Verwachsung ist derart, dass ich sie für vollständig hielt und erst die Abtastung mit der Sonde zeigte, dass eine kleine Verbindung zwischen oberem und unterem Pharynx noch besteht. Diese Oeffnung ist aber so winzig, dass beim Schneuzen keine Luft durchgeht und der Patient nicht im Stande ist, die Nase zu reinigen. Er hilft sich derart, dass er bei herabhängendem Kopfe die Nase austropfen lässt oder mit einer Spritze leise ausspült. Vollkommene Mundathmung, daher Nachts öfteres Aufwachen und Anfeuchten des Mundes nothwendig.

Der Mann leugnet jede syphilitische Ansteckung. Er ist verheirathet, kräftig, hat 4 gesunde Kinder, die er mir auf Verlangen vorstellt, war niemals sonst krank. Er wird von mir und später von dem hiesigen Hautspecialisten Dr. Julius Cohn am ganzen Körper auf Drüsen oder andere syphilitische Residuen untersucht, ohne dass sich irgend ein Anhalt für Syphilis constatiren lässt. Auch erklärt Dr. Cohn, dass die Affectionen an den Lippen mit ihrer zum Theil narbigen Einsenkung nicht als Syphilis anzusprechen seien.

Die Natur des Processes lässt sich zur Zeit dieser Consultation nicht genau feststellen.

Betreffs der Gaumenverwachsung ergibt nur noch die Anamnese, dass sie ohne vorhergehende Erkrankung, speciell ohne Diphtherie und ohne Verletzung, aufgetreten ist.

Der Fall interessirte mich sehr und ich stellte ihn den Hanauer Aerzten im dortigen Verein vor als noch unaufgeklärte, nichtsyphilitische Verwachsung des weichen Gaumens.

Nach einer Reihe von Wochen, während der Kranke, nachdem Hg-Behandlung und Jodkali nutzlos angewendet war, nach meiner Anweisung Arsen nahm, weil ich die grauen Epithelablösungen, die sich oft wiederholten, möglicher Weise für Pemphigus hielt, erzählte er mir, dass sich wieder neue „Blasen" an der Wange gezeigt hätten! Und richtig, ich fand eine platte, graugelb schimmernde Blase in der Gegend des linken Ductus Stenonian. Bei der Eröffnung derselben entleerte sich trüber Inhalt. Nach dieser Entleerung fand ich genau dasselbe Bild: hellgraue, durch Sonde bewegliche Epithelmembran auf hochrothem Schleimhautgrunde, der leicht bei Berührung blutet.

Jetzt war die Diagnose Pemphigus der Mundschleimhaut gesichert. Die Erfolglosigkeit der Therapie, die Dauer von mehr als 5 Jahren und das stete Erscheinen neuer, rasch sich ablösender Blasen bestätigt die Diagnose Pemphigus und spricht gegen Syphilis. Auf der äusseren Haut zeigten sich bis zur Entlassung des Patienten keinerlei Veränderungen. Einen gleichen Fall von Pemphigus der Mundschleimhaut sah ich als Assistent von Moritz Schmidt, der Jahre lang auf die Schleimhaut beschränkt blieb und erst ad finem starke Blasenbildung der äusseren Haut zeigte.

Es handelt sich also bei unserem Falle sicher um einen sehr chronischen und milde verlaufenden Schleimhautpemphigus.

Aber nicht diese, immerhin seltene Affection, ist der Grund der casuistischen Mittheilung, sondern die bei dem Falle beobachtete beinahe complete Gaumenverwachsung. Wenn wir uns erinnern, dass nach Steffan's aufklärendem Falle der grösste Theil der früher unerklärbaren, daher „essentiellen" Atrophie der Conjunctiva bulbi, d. i. einer mehr oder minder vollständigen Verödung und Verwachsung der Conjunctivasäcke jetzt auf Pemphigus von den Augenärzten zurückgeführt wird, so werden wir uns nicht wundern, dass der Pemphigus auch Verwachsungen des weichen Gaumens machen kann, wie er ja auch in Landgraf's Fall eine Vermehrung der vorderen Commissur der Stimmbänder gemacht hat.[1])

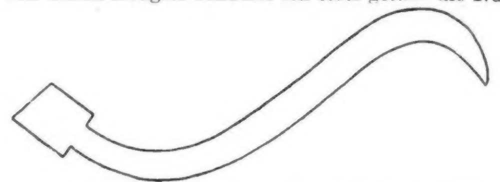
Die Aetiologie der Verwachsungen im Nasenrachenraum (und im Kehlkopf) wäre also um ein neues Capitel zu bereichern. Zugleich werden sich dadurch einige bisher unerklärte oder trotz mangelnden Anhaltes für Syphilisfolgen gehaltene Rachenstenosen auf Pemphigus zurückführen lassen.

Beglaubigt wird die Pemphigusverwachsung des Gaumens freilich bisher nur durch 4 Fälle: Schrötter, Steffan-Moritz Schmidt, Landgraf und meinen eigenen; die Verwachsung im Kehlkopf durch 3 Fälle: Landgraf, Thost und Menzel-Schrötter.

[1]) Moritz Schmidt vermuthet (S. 534), dass nach Analogie am Gaumenbogen auch Verwachsungen im Kehlkopf vorkommen müssen, doch findet er sie nirgends erwähnt. Landgraf's Fall war früher der einzige Beweis für eine Kehlkopfstenose in Folge von Pemphigus. Inzwischen haben Menzel-Schrötter [11] und Thost [12] zwei Fälle von Pemphigus publicirt, wo der von Pemphigus. Inzwischen haben Thost [11] und Menzel-Schrötter [12] zwei Fälle von Pemphigus publicirt, wo der Aditus ad laryngem in einen engen Narbenring verwandelt war.

Betreffs der Behandlung der weichen Gaumenverwachsungen will ich mich kurz fassen. Die dauernde Heilung einer completen oder beinahe completen Stenose ist so schwierig, dass manche Autoren von vornherein auf das Operiren solcher Verwachsungen verzichten. Ich habe in der letzten Zeit Hajek's [14] Sperrer angewendet, bin aber dabei auch nicht gut gefahren. Erstens kann man ihn mit seinen plumpen breiten Schaufeln nur anwenden, wenn schon eine ziemlich bedeutende Communication zwischen Cavum und Rachen hergestellt ist, zweitens ist seine Einführung so schwierig, dass meine Patienten die Handhabung für richtige Selbstbehandlung nicht gelernt haben. Die eigene Nachbehandlung ist aber dringend nothwendig, da eine gelegentliche, wenn auch zunächst täglich einmal wiederholte Aufreissung der zur Verklebung neigenden Stellen, vom Arzte ausgeführt, zur Dauerheilung oft nicht ausreicht. Ich war aus diesem Grunde wieder zu dem Obturator nach Heymann [15] zurückgekehrt und der hiesige mir befreundete Zahnarzt Frank hat mir bei einer Frau aus Sossenheim, die an completer postsyphilitischer Gaumenverwachsung litt, nach der Operation derselben mit dem Dzondi'schen [13] Messer, einen guten Obturator gemacht. Schliesslich aber war ich aus zwei Gründen mit der Obturatornachbehandlung doch nicht zufrieden: Erstens war die Anfertigung und wiederholte Revidirung desselben zu theuer und zweitens passte derselbe wegen der Neigung zur Schrumpfung des Gewebes nur kurze Zeit. Bald machte die Einführung desselben der Patientin so grosse Schwierigkeiten, dass sie die weitere Selbstbehandlung aufgab.

Ich kam desshalb zu dem Entschluss, die Nachbehandlung auf andere Art zu bewerkstelligen. Dazu diente mir ein halbes Dutzend Hegar'scher Hartgummibougies, wie sie für die Cervixerweiterung gebraucht werden. Dieselben wurden über dem Bunsenbrenner oder in heissem Wasser vorsichtig erwärmt, bis sie an der gewünschten Stelle biegsam waren und dann in die Form eines liegenden S gebracht, wie die beigegebene Skizze zeigt. Von diesen Bougies benützte ich stets gerade die Nummer,



welche nur mit einiger Schwierigkeit durch die Stenose durchging. Das wagerechte Stück wurde so lang gelassen, dass die zweite Biegung gerade über die unteren Schneidezähne zu liegen kommt.

Es ist kaum nöthig, den Verlauf des operativen Vorgehens zu schildern. Ich ging mit einer rechtwinkelig abgebogenen Sonde bei dem Falle W. durch die kleine Oeffnung hinter der Uvula, zog die Sonde kräftig nach vorne und verschaffte mir dadurch so viel Platz, dass ich das senkrecht abgebogene spitze zweischneidige Messer zwischen Velum und hinterer Rachenwand durchstossen konnte. Die Oeffnung wurde in mehreren Sitzungen nach rechts und links so weit erweitert, dass schliesslich ein daumendickes Bougie durchging. Lag dasselbe an der richtigen Stelle, so wurde an dem Handgriff mit kräftigem Zug nach vorn und unten gezogen und damit der spontanen Retractionsneigung durch energische Dehnung entgegengewirkt. Der Patient führte sich stets zuerst ein bequem durchgehendes Bougie ein und ging dann zu der nächsten Nummer über. So dilatatirte er sich seine Stenose ohne Schmerzen. Kleine Blutungen waren nicht zu vermeiden. Nachdem der Kranke die Selbstbougierung 4 Monate (täglich etwa 6—10 mal!) fortgesetzt hatte, konnte er sich frei die Nase schneuzen und durch dieselbe athmen.

Glücklicher Weise zeigten sich am Gaumen keine weiteren Pemphigusblasen; aber an den Lippen und dem Zungenrand kamen in Zwischenräumen neue Eruptionen zum Vorschein, die jedoch den nicht wehleidigen Patienten nicht weiter genirten.

Dieselbe Art der Selbstbougierung wurde von mir nach einer postsyphilitischen Velumverwachsung mit gutem Erfolg angewendet. Der Patient war vor einem Jahre schon anderwärts vergeblich mit Hajek's Sperrer behandelt worden. Die letztere Behandlung wurde aber rasch aufgegeben, weil beim Oeffnen des

Sperrers sehr starke Ohrenschmerzen auftraten. Die spätere Rhinoskopia posterior ergab auch, nachdem die Oeffnung zur Ausführung derselben gross genug geworden war, dass die Tubenwülste sehr weit in's Cavum vorsprangen und ihre vorderen Lippen mit dem Hammer bandartig verwachsen waren.

Literaturverzeichniss.

1. P. Heymann: Handb. d. Lar., Bd. II, S. 468 etc.
2. Schech: Ueber Stenosirungen des Pharynx in Folge von Syphilis. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1876. S. 259.
3. A. Baurovicz: Zur Aetiologie der Pharynxstricturen. Arch. f. Laryng. III, 1895, S. 354.
4. M. Schmidt: Krankheiten der oberen Luftwege. 1897, S. 565.
5. Pluder: Arch. f. Laryng. IV, S. 127.
6. Hoppe: Deutsche Klinik. 1852. No. 21.
7. Creswell Baber: Lond. lar. Gesellsch. 1893, S. 68.
8. Schrötter: Jahresbericht 1871—73.
9. Landgraf: Berl. klin. Wochenschr. 1891.
10. Steffan: Zehender's Monatsbl. 1884.
11. M. Menzel: Monatsschr. f. Ohrenheilk. April 1899.
12. Thost: Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1896, No. 4.
13. Dzondi: Kurze Geschichte d. klin. Inst. f. Chir. etc. Halle 1818, S. 119. Abbild. im Handbuch.
14. Hajek: Allgem. Wien. med. Zeitung. 1897, No. 2.
15. Heymann: l. c. S. 476—77.

Zur Schiefhals-Behandlung.

Von Dr. von Noorden in München.

Ursache und Behandlung des Schiefhalses ist ein Gebiet, dem reiche Literatur gewidmet wurde. Kader[1]) konnte dreihundert hieher gehörige Arbeiten sammeln, gewiss ein Ausdruck für das Interesse. Viele Fälle lassen sich genügend deuten und was wichtiger, glücklich angreifen. Andere machen in beider Hinsicht Schwierigkeiten, so dass das letzte Wort in der Aetiologie noch nicht gesprochen ist, wie Jordan[2]) neuerdings ausführt; dies gilt auch für die Therapie, jedenfalls darf sie nicht am Schema hängen, sie muss sich dem einzelnen Falle anschmiegen. Die Mittheilung untersuchter Fälle erscheint noch erwünscht und von mikroskopisch untersuchten Fällen frühesten Stadiums ist die Förderung des Gebietes zunächst zu erwarten. (Jordan).

Die intrauterine Aetiologie ist so gut wie abgesetzt, nachdem der Kritik kein Fall Stand gehalten hat. Wir verdanken Kader diese erläuternde Arbeit.

Auch die Lehre, dass schiefe und gebeugte Kopfhaltung im Uterus in seltenen Fällen zum Schiefhals führe, ist wankend geworden.

Im vorliegenden Falle ist von Schädlichkeiten intrauteriner Natur nichts bekannt, es sei denn, eine schwierige Alpentour im 6. Monat der Schwangerschaft hatte verborgene Folgen. Wie in vielen anderen Fällen hatte eine Unregelmässigkeit in der Geburt stattgefunden. Das Kind wurde 7 Wochen zu früh in Steisslage geboren. (Dr. R. Mayr). Weitere Entwicklung war normal und Linkshändigkeit ist als physiologische Eigenart zu bemerken, verständlich, wenn in späterer Kindheit der Blick die linke Hand besser beherrschte als die rechte. Anfangs des 5. Lebensjahres folgten nach ärztlichem Bericht innerhalb fünf Monaten Varicellen, Keuchhusten, Masern. — Nach den Varicellen entstand eine Mittelohraffection, die Specialberathung (Dr. Röll) erfuhr. — Bis in diese Zeit verneinen die intelligente Eltern und der Hausarzt ein Bestehen des Schiefhalses. Nach den Varicellen scheint bei der Ohrbehandlung zum ersten Male etwas Neigung bemerkt zu sein (Dr. v. Röder) und nun beginnt in der Folgezeit solche auch der Mutter beim Anpassen der Kopfbedeckung aufzufallen. Sie nimmt schnell zu. Neuerliche specialistische Behandlung im 10. Lebensjahre (Dr. Grünwald) führt das Kind zur Operation. Die Kopfhaltung und den Status vor meinem Eingriff veranschaulicht Bild 1.

Markante Punkte der Anamnese, welche nach dem jetzigen Stande der Lehre vom Schiefhals interessiren, sind: eine Steissgeburt und mehrere Infectionskrankheiten im fünften Lebensjahr mit Anschluss schneller Entwickelung der fehlerhaften Haltung.

Abnorme Geburten wurden seit jeher herangezogen. Bis jüngst gipfelte die Auffassung darin, dass Quetschung und Zerrung hauptsächlich bei Geburten mit nachfolgendem Kopfe, weniger durch Zangengeburten, veranlassend wurden. Ueber den Mechanismus discutirte man. Der Insult trifft Haut, Platysma, Fascien, Muskel. Mikulicz[3]) machte es sehr wahrscheinlich, dass vorzeitige Athmung unter Herbeiziehung des Kopfnickers als Hilfsmuskel das Eintreten der Muskelverletzung während der Geburt erleichtert. Ich wurde gelegentlich darauf geführt, anzunehmen, dass eine übergrosse Thymusdrüse mechanisch während der Geburt auch eine Bedeutung gewinnen kann.

Wichtig ist der Nachweis von Küstner[4]), dass auch bei leichten und freien Geburten aus der Beckenendlage der Kopfnicker Verletzungen erleiden kann. Experimentelle Prüfungen der Geburt ergaben ihm als Ursache der Laesion eine Torsion, nicht Längsdehnung und Streckung des Halses.

Dem Küstner'schen Falle entsprechend verlief in meinem die Steissgeburt der nur 40 cm langen Frucht leicht. Jenem Falle folgend, nehme ich an, dass trotz leichter Entwickelung schon bei der Geburt eine primäre Schädigung der Gegend erfolgte, wenn auch jede Nachricht darüber fehlt; doch ist der Infectionsepoche von fünf Monaten Dauer grosse Bedeutung beizumessen. Der Fall könnte Kader's dritten Satz über die Aetiologie der Contractur stützen, dass nämlich in den meisten Fällen ein Hand-in-Handgehen von Verletzung und Infection des Muskels statt hat. Es drängt sich zwanglos auf, dass die erste Schädigung der Qualität des Gewebes auf immer herabsetzte und dass gelegentlich einer Infectionserkrankung auf haematogenem Wege im Sinne Kader's ein minderwerthiges Gewebe in chronischen Entzündungszustand mit nachfolgender Schrumpfung gerieth. Ebenso ist wohl ein Fall aus der Breslauer Poliklinik (pag. 206 bei Kader) zu erklären. Steissgeburt, Gesundheit bis zum 7. Jahre, dann acute rheumatische Erkrankung mit 10 tägigem Fieber; hieran schloss sich Caput obstipum. Möglicher Weise hat der Muskel auch hier schon in der Geburt gelitten; der kleine Schaden blieb latent, bis ein neuer Anlass ihn vergrösserte und offenbar machte.

Solche Annahme von späterer haematogener Infection in geschädigtem Gewebe ist allerdings solange hypothetischer Natur, bis die übereinstimmenden Entzündungserreger gefunden sind; bei veralteten Fällen wohl ganz ausgeschlossen, in vielen anderen um so schwerer, weil das vorausgesetzte Krankheitsvirus überhaupt noch nicht bekannt ist. Dem Rechnung tragend, dass Muskelentzündungen acuten Infectionen gerne folgen, hat obige Annahme weniger befremdendes. Die Muskelschäden nach Typhus, Diphtherie sind gefürchtet, auch nach Influenza wurden sie beobachtet. Kader führt als vorausgehende Erkrankungen localisirter Muskelentzündungen aus der Literatur noch an: Scharlach, Masern, Meningitis, Malaria, Gelenk- und Muskelrheumatismus.

Bezüglich der Varicellen, auf welche unsere Beobachtung als Vorkrankheit einigermaassen hinführt, erwähnt v. Jürgensen[5]) bei der Sichtung aller als Complicationen oder Folgeerkrankungen bekannt gewordenen Erscheinungen die Muskelentzündungen nicht. Ueber Keuchhusten finde ich nichts einschlägiges, so nahe der Gedanke liegt.

Das anatomische Bild der Region bot durchaus die Veränderungen, welche einer Entzündung folgen können. Es fanden sich: gehinderte Verschiebung der Weichtheile untereinander, faserige Stränge in Quere und Länge, auch durch die Haut fühlbar, dichteres Bindegewebe als sonst, erschwerte Lösbarkeit der Schichten

[1]) Kader: Das Caput obstipum musculare. 1896. Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 17, pag. 207. Bd. 18, pag. 173.

[2]) Jordan: Handbuch der praktischen Chirurgie 1899, Bd. II, Lief. 3, pag. 16.

[3]) Mikulicz: Centralbl. f. Chir. 1895, pag. 1 (Original). Ueber die Exstirpation des Kopfnickers beim musculären Schiefhals, nebst Bemerkungen zur Pathologie dieses Leidens.

[4]) Küstner: bei Kader pag. 175.

[5]) Th. v. Jürgensen: Nothnagel, spec. Pathol. u. Therap. IV. Bd., III. Th., II. Ab., 1896.

von einander mit Knirschen des Messers im Gewebe. Ein hyperplastischen Lymphknoten im Entzündungsgebiet.

Der sehnige Sternaltheil ist etwas verkürzt gegen die andere Seite, es besteht überhaupt eine Längendifferenz zwischen rechts und links von einigen Centimetern. Genaues Maass ist schwer zu gewinnen. Die Sehne ist drehrund nahe dem Knochen, verbreitet sich aufwärts kaum, ist schwer vom Bindegewebe befreibar, entbehrt richtigen Glanz. Der Uebergang in den Muskel ist wenig scharf, da der Muskel wie ein Fascienstrang aussieht. Etwas aufwärts ist der Muskel schwer rein präparirbar, eine weissliche Bindegewebsschicht umgibt ihn vorn und hinten. Der Muskel ist bleistiftdick, mehr rund als flach. Sein Querschnitt in ganz weicher Stelle an der Grenze des mittleren und oberen Drittels ergibt viel Bindegewebe mit eingesprengten Muskelsäulen. Diese sind blass. Wenig Gefässe. Unter dem Muskel ist ein sich straff spannendes Faserlager.

Das Dreieck zwischen den Muskelansätzen ist eingezogen, die Haut verräth Querfältchen, das Gewebe ist wenig locker. Von hier wird eine hyperplastische Drüse mitentfernt. Es ziehen subcutan fühlbare Stränge jenseits der hinteren Partie zum Cucullaris in fächerförmiger Ausbreitung. Der hintere Muskelstrang fühlt sich derber als der links an, ist jedoch ein wohlgebildeter Muskel, der aber die Haut stark vordrängt. Er kommt bei der Operation so wenig zu Gesicht, wie der Omohyoideus und die Halsgefässe. Längsschnitte aus der Mitte der sternalen Portion unter der Lupe bestätigen das schon mit dem Auge leicht wahrnehmbare Zurücktreten der Muskelsubstanz. Die Muskelbündel oder Säulen sind immer wieder unterbrochen, fast inselförmig im Bindegewebe und liefern und in der Mitte eine zusammenhängende lange Säule. In Alaun-Pikrinsäure-Schnitten verdichtet ein zellarmes Gewebe das Perimysium. Hie und da umlagern kleine Kerne die Gefässe, welche parallel den Muskelfasern, aber sehr spärlich verlaufen. Verdickung der Wandungen ist nicht sichtbar. Die Muskelfasern sind sehr ungleich. Man sieht auch einzelne leere Sarcolemmschläuche mit Kernen den Fasern anhängen (ein gleiches Bild im Zupfpräparat mit Wasser, wo die Sarcolemmschläuche verdickt erscheinen). Die Muskelsubstanz trägt überall Querstreifung, Längsstreifung ist schwer erkennbar. Die Kerne sind auffallend kümmerig, färben sich jedoch gut. An den Fibrillen zeichnen sich hellere und dunklere Zonen ab (nach verdünnter Salzsäureeinwirkung). Mitosen, Riesenzellen, schollige Elemente fehlen durchweg. Das Bindegewebe macht sich auch in den besterhaltenen Theilen sehr breit und ist durch Spärlichkeit von Kernen ausgezeichnet. Es drängt förmlich überall die Muskelfasern spaltend auseinander. Fetteinlagerung ist sehr gering. Der exstirpirte Lymphknoten lässt histologisch keine Alterationen erkennen, als geringe Zunahme der bindegewebigen Stützsubstanz.

Diese Befunde lassen sich auf eine früher abgelaufene Entzündung des Muskels und der anliegenden Gewebe zurückführen. Beweisende Reste sind: regionäre Verwachsungen, partieller Untergang von Muskel und Substituirung von Bindegewebe. Theile, welche nicht betroffen wurden, haben selbst die feinere Structur nicht eingebüsst oder sich zur geringen physiologischen Aufgabe erholt. Wechselvolle Uebergangsbilder von Degeneration und Regeneration, wie sie ein Muskelgewebe mit jüngerer Schädigung darbietet, fehlen, nachdem der Narbenprocess seit lange abgeschlossen ist.

Es resultirt die Umwandlung eines beträchtlichen Theiles der Portio sternalis in Bindegewebe und benachbartes Bindegewebe hat im Ganzen einen Verdichtungsprocess durchgemacht, der ein Verwandtes in der Contractur der Fascia palmaris findet.

Um die Schrägstellung des Kopfes zu beseitigen, neigen die Vorschläge noch zu orthopädischen Maassnahmen in engerem Sinne. Die vollständige Hoffnungslosigkeit in veralteten Fällen bei stärkerer Neigung, Spannung und secundärer Wirbelsäuleverbiegung ist evident. Die Resultate pflegen in Fällen von vorliegendem und noch geringerem Typus in diesem Alter auf eine Ermüdung des Patienten und des Arztes herauszukommen. Es lässt sich kein erfreulicher Ausgang erreichen und Zeit wird verloren. Wenn wir bei chirurgisch-orthopädischen Curen von Heilung sprechen, müssen die gewonnenen Umbildungen sich den normalen Verhältnissen wenigstens nähern und von Dauer sein. Diese Bedingung sieht Kader beim musculären Schiefhals erst dann erfüllt, „wenn der Kopf nicht nur aufrecht, sondern auch in der Mittellinie des Körpers steht und nach beiden Seiten gleich frei bewegt werden kann und die Wirbelsäule normal gestreckt ist". Ich füge hinzu, es erfordert auch, dass dies alles gehen muss, ohne dass sich der Kranke fortwährend Zwang aufzulegen hat; die natürliche Haltung darf nicht durch übertriebene Kraftanstrengung erobert werden müssen, um bei Abspannung Rückfälle zu erlauben.

Bei solcher Strenge schmelzen viele Fälle von Heilung auf dem orthopädischen Gebiete zusammen.

Die mannigfachen Correctionsapparate für Caput obstipum musculare sind ein Ausdruck, dass dem einzelnen Apparat keine universelle Bedeutung zukommt. Die alten Methoden der subcutanen Sehnendurchschneidung und der offenen Muskeldurchschneidung befriedigten durchaus nicht immer, erklärlich, wenn die neueren anatomischen Betrachtungen zu Grunde gelegt werden, welche dargethan haben, dass die entzündlichen Veränderungen nicht den Muskel allein, sondern auch die benachbarten Gewebe angehen.

Der Zug in die falsche Haltung geschieht weniger durch einen Strang als durch eine verkürzte Fläche. Die Fälle zeigen freilich graduelle Unterschiede. Um den schweren Typen zu begegnen, hat Mikulicz die Ausschaltung des Kopfnickers und der übrigen in Frage kommenden nachbarlichen Gebilde bindegewebiger Natur auf der kranken Seite zum Normalverfahren erhoben. Dasselbe darf um so mehr auf ein bemerkenswerthes Verfahren Anspruch machen, als nach diesem Eingriff eine quälende orthopädische Nachbehandlung ausfallen kann, es sei denn, dass sehr schwere Fälle mit Wirbelsäulenveränderungen zu bekämpfen sind — Fälle, die bei Verallgemeinerung der glücklichen chirurgischen Angreifbarkeit des Leidens in Zukunft gar nicht mehr vorkommen sollten.

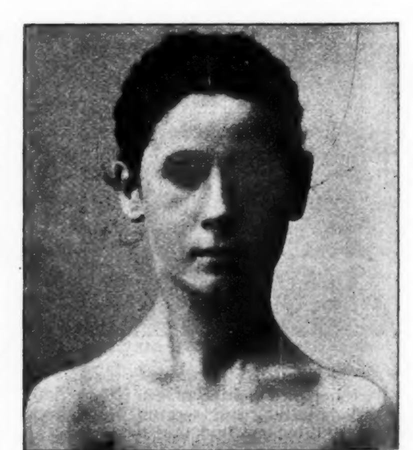
Der abgebildete Fall ist im Sinne von Mikulicz operirt, jedoch nicht so ausgedehnt, denn es zeigte sich nach Resection der Portio sternalis bis in das Verschmelzungsgebiet beider Muskeltheile und nach Durchtrennung der seitlichen und tieferen Fasern und Fascienlager, dass der Kopf ganz zwanglos und weit in die entgegengesetzte Haltung geführt werden konnte.

Desshalb beschränkte ich den Eingriff, einer Nachoperation allenfalls die Tenotomie oder Exstirpation des anderen Theiles überlassend. Nach zweijähriger Beobachtungszeit, in welche auch eine beträchtliche Entwicklung des Kindes fällt, erweist sich dieser weitere Eingriff nun als unnöthig und die operative Zurückhaltung scheint mir das kosmetische Resultat — wichtig für ein heranwachsendes Mädchen — gefördert zu haben, da die dem linken Kopfnicker entsprechende schräge Halslinie nicht gänzlich zerstört ist.

Die Operation (6. XII. 1897) ging von einem 10 cm langen Schnitt aus. Heilung der Wunde ohne Zwischenfall, keine spätere Keloidbildung. Ein Versuch, die erlaubte Neigung zur gesunden Seite in Uebercorrection durch eine Organtingipskappe zu fixiren, scheitert. Es wird principiell von jedem Fixationsverband abgesehen und für die Folgezeit wird häufiges Liegen auf einer schiefen Ebene in Glisson'scher Schwinge oder Einhängen des Kopfes beim Sitzen am Nähtisch etc. in eine in der Nähe angebrachte Glisson'sche Schwinge mit leichtem Gegengewicht angeordnet, desgleichen lange Zeit tägliche Massage der seitlichen Wirbelsäulenmuskel.

Unter dieser fast kostenlosen und sicher nicht schwer überwachbaren oder beschwerlichen Nachbehandlung bildete sich von selbst ein zufriedenstellendes Resultat im obigem Sinne heraus. Die secundären Erscheinungen des gestörten Gleichgewichtes, wie schlechte Haltung des Rumpfes, schiebender Gang mit Tendenz der Vorneigung der rechten Körperseite und Krümmung der Wirbelsäule (concav zur kranken Seite) schliffen sich ab. Die anatomische Ungleichheit der Gesichtshälften, eine fast immer recht entstellende Zugabe, hat sich bis auf Weniges ausgeglichen.

Wenn Mikulicz in den meisten Fällen ohne jede orthopädische Nachbehandlung nach seiner Operation auskam, so möchte ich die hier noch nothwendigen kaum orthopädisch zu nennenden Correctionsmaassnahmen nicht auf die Unterlassung der Resection der Portio clavicularis schieben. Nachdem passive Uebercorrection möglich war, konnte jenem Muskeltheil nicht mehr die Bedeutung eines wesentlichen Hemmnisses zufallen. Es ist übrigens auch anatomisch und klinisch zur Genüge gestützt, dass einzelne Partien des Muskels den narbenbildenden Entzündungsprocess durchmachen können, während der Rest gesund bleibt. Wenn die Selbstcorrection in Fällen



dieser Typus gewöhnlich nicht ausbleibt, so ist diese milde Nachbehandlung der Wirbelsäule gewiss förderlich und im Interesse eines guten Endresultates doch noch zu empfehlen.

Der Hauptantheil ist jedenfalls der Operationsmethode zuzuschreiben.

Aus dem Röntgeninstitut von Dr. Albers-Schönberg und Dr. R. Hahn in Hamburg.

Die Therapie des Lupus und der Hautkrankheiten mittels Röntgenstrahlen.

Von Dr. R. Hahn und Dr. Albers-Schönberg.

(Fortsetzung.)

Noch günstiger gestaltet sich, so paradox es klingen mag, der Erfolg der Behandlung, wenn wir die ungeheilten Fälle betrachten. Es mag gleich vorausgeschickt werden, dass es, wie ja die mitzutheilenden Krankengeschichten zeigen werden, äusserst schwere und verzweifelte Fälle waren, so dass das immerhin erreichte Resultat als ein überaus günstiges zu betrachten ist.

13. Frl. A. M., 53 Jahre. Flächenhafter, nicht ulcerirter knötchenförmiger Lupus der l. Wange, ca. 7 cm lang, 5 cm breit.

Seit 1870 stets in ärztlicher Behandlung; ca. 6 Monate lang mit grösseren Pausen behandelt. Nach 18 Sitzungen kam es zur Reaction, einmal vorübergehend zur Excoriation. Eine circumscripte Dermatitis entstand in Folge mangelhafter Schutzvorrichtung auf der l. Schulter. Die Behandlung fand in zwei Abschnitten mit dazwischen liegender mehrmonatlicher Pause statt. Die Knötchen trockneten langsam ab, die excoriirten Partien überhäuteten sich mit zarter, gesunder Haut. Am Schluss der Behandlung auch diaskopisch nirgends mehr Knötchen nachzuweisen.

Nach einem Jahr stellt sich Patientin wieder vor. Die excoriirt gewesene Partie ist heute noch zart und schön, in ihr keine Knötchen zu entdecken. Der ganze Rand in einer Breite von 3 mm eingenommen von einer bräunlichen, etwas schuppenden, über der Haut nicht erhabenen Affection, die seit einigen Monaten besteht. Keine Knötchen. Das Lupusrecidiv, denn als solches ist es anzusehen, macht der Patientin so wenig Beschwerden und scheint ihr im Gegensatz zu der früheren Affection derartig minimal, dass sie eine Wiederaufnahme der Behandlung ablehnt.

14. Knabe A. K., 13 Jahre alt. Knötchenförmiger Lupus der Nasenspitze, der linke Nasenflügel an seinem freien Rande in seiner ganzen Ausdehnung ulcerirt und abgefressen, lupöse Ulcerationen aussen auf der Oberlippe, am harten Gaumen und auf der Alveolarschleimhaut des rechten Oberkiefers.

Lupus besteht seit 4 Jahren.

28 mal innerhalb 3 Monaten bestrahlt. Reaction nach der 2. Sitzung. Keine Excoriation. Die Heilung verlief unter dem Bilde der allmählichen Eintrocknung. Nach 2½ Monaten Recidiv an der Nasenspitze. Wiederaufnahme der Behandlung. Vollkommene Heilung des äusseren Lupus. Nach ca. 12 Monaten kein Recidiv des äusseren bestrahlten Lupus.

Lupus der Schleimhaut, der nicht behandelt wurde, unverändert. Auf der Nasenscheidewand links, nahe der Spitze, ein seit 3—4 Wochen bestehendes erbsengrosses Geschwür. Der linke Nasenflügel zeigt einen halbmondförmigen Defect. Die Narbe des Geschwürs, das dort bei Beginn der Behandlung gesessen, ist fest, nirgends ulcerirt, nirgends in ihr oder an ihrem Rande Knötchen. Auf der Nasenspitze eine Anzahl stecknadelkopfgrosser, dunkler Punkte in der Haut, die schon während der Behandlung auftraten, sich aber im Laufe des Jahres gar nicht verändert haben. Es ist wohl möglich, dass es sich um Residuen von Lupusknötchen handelt, die nicht resorbirt worden sind, die aber auch wohl unschädlich sind, da sie während der ganzen Dauer ihrer Beobachtung keine Veränderung, keine Tendenz zum Zerfall gezeigt haben. Die Oberlippe ist glatt und gesund. Das Resultat ist also trotz des Recidives an dem Septum narium ein gutes. Die ursprüngliche Affection, vor Allem das serpiginirende Geschwür am linken Nasenflügel, vollkommen geheilt. Die begonnene Zerstörung ist also definitiv aufgehalten und zwar ohne Verlust eines weiteren Stückes des Nasenflügels, das einer event. Operation doch gewiss zum Opfer gefallen wäre.

Auf den Lupus der Schleimhaut hatte die Bestrahlung keinen Einfluss, da sie ja nicht direct auf dieselbe einwirken konnte.

15. Frau Kl., 21 Jahre. Nasenspitze durch alte lupöse Processe und Narben etwas verändert, es fehlt beiderseits der Rand der äussersten Spitze. Die häutige Nase etwas geröthet. Die Haut selbst ist äusserst zart und zeigt beim Zusammendrücken zahlreiche feine und feinste Fältchen. Auf dem Nasenrücken am Rande der ursprünglich erkrankt gewesenen Partien 3 frische Lupusknötchen. Auch auf dem rechten Nasenflügel, am Rande der ursprünglichen Affection, sowie auf der Umschlagsfalte, 3 Knötchen. Schliesslich noch 2 Knötchen auf dem linken Nasenflügel, nahe der Mittellinie. Auf der rechten Wange markstückgrosse alte Operationsnarbe.

Seit 7 Jahren Lupus der Nase, 4 mal operativ behandelt, von October bis Weihnachten 1897 mit Röntgenstrahlen im Eppendorfer Krankenhaus behandelt. Das Recidiv ist nach 8 Monaten aufgetreten (15. X. 1898 trat sie in Behandlung).

9 mal in einem Monat bestrahlt.

Die Knötchen verschwinden schnell, ohne Reaction. Geheilt entlassen nach 5 Wochen.

Gelegentlich einer Revision Anfang October 1899, also ca. 11 Monat nach der Entlassung wurden auf der Nase, sowie auf der rechten Wange, in bis dahin noch nicht befallen gewesenem Bezirk, 3 stecknadelkopf- bis linsengrosse Knötchen constatirt. Dieselben wurden elektrolytisch behandelt. Patientin selbst waren, obwohl sie sehr auf sich achtete, die Knötchen entgangen.

In diesem Falle hatte die Bestrahlung das Auftreten der wiederholten Recidive nicht verhindern können. Die entstandenen Knötchen waren aber schwach entwickelt und schwanden bald unter der Bestrahlung.

No. 16. Frau H. Auf der rechten Wange zahlreiche geröthete Narben, desgleichen links. Auf der linken Wange ca. zehnpfennigstückgrosse ulcerirte, mit einer Borke bedeckte Fläche, ausserdem noch eine Anzahl mit Borken bedeckte Knötchen auf der rechten Wange. Die Nase und die Oberlippe sind blauroth, unförmlich verdickt, derb infiltrirt, beide mit borkenbesetzten Knötchen bedeckt. Thränensackabscess. Lupus der inneren Nasenschleimhaut. Lupus besteht seit mehreren Jahren, vielfach behandelt.

77 mal innerhalb eines Jahres, mit vielen und langen dazwischen liegenden Pausen, behandelt.

Schon nach wenigen Bestrahlungen trat eine geringe Reaction, bestehend in Röthung und Hitzegefühl der Haut, auf, welche auch zu einer leicht heilenden oberflächlichen Excoriation führte. Die Heilung ging sehr langsam aber deutlich von statten. Die Nase und die Oberlippe schwollen allmählich ab, die Lupusknötchen verschwanden unter dem Bilde des allmählichen Eintrocknens. Auf der linken Wange persistirte am äusseren Rande der Narbe ein fast erbsengrosser Knoten, desgleichen einige kleinere am Nasenflügel rechts und an der Lippe. Dieselben wurden nach Beendigung der Bestrahlung ohne wesentlichen Erfolg nach der Unna'schen Spickmethode behandelt.

15 Monate nach Aussetzung der Behandlung bietet Patientin folgendes Bild: Nase und Oberlippe vollkommen abgeschwollen und auf das normale Maass reducirt, beide haben fast normale Hautfarbe, sie hat jedoch einen ganz leichten Stich in's Blaue. Würde der linke Nasenflügel nicht einen kleinen halbmondförmigen Defect zeigen, so würde man der Nase nicht ansehen können, dass sie überhaupt krank gewesen sei, denn die 3 kaum stecknadelkopfgrossen Lupusknötchen der Nasenspitze und des rechten Nasenflügels fallen wenig auf. Auch die Oberlippe, die wie gesagt von normaler Configuration ist, weist 2 kleine Knötchen auf.

Die Narben beider Wangen sind vollkommen blass, am Rande der linken Wangennarbe 4 Lupusknötchen von Linsen- bis Bohnengrösse. Dieselben werden elektrolytisch behandelt. Hätte die Patientin nicht die Narben im Gesicht, so wäre ihr von ihrer schweren Krankheit kaum etwas anzumerken. Während Patientin sich früher wegen ihrer entstellenden elephantiastischen Verdickungen von Nase und Oberlippe nirgends sehen lassen mochte, so ist sie jetzt über den erreichten kosmetischen Erfolg, der sie nicht mehr aus der Gesellschaft ausschliesst, sehr froh.

In diesem Falle ist also ein Recidiv aufgetreten, resp. einzelne besonders tiefe Knoten konnten nicht von den Röntgenstrahlen beseitigt werden. Doch rechnen wir wegen des eminenten kosmetischen Resultates diesen sonst nicht geheilten Fall uns als einen besonders guten Erfolg an. Ebenso wie in anderen, noch nicht abgeschlossenen Fällen, konnten wir auch besonders schön an diesem Falle das absolut sichere Zurückgehen der elephantiastischen Verdickungen beobachten und dass trotz etwaiger sonstiger Recidive die elephantiastische Verdickung dauernd geheilt blieb.

No. 17. Frl. M. K. Ausgedehnter, knötchenförmiger Lupus der beiden Wangen, der Stirn und Nase. Am linken Nasenflügel ein Substanzverlust. Der Lupus der Wangen zum Theil ulcerirt. Erhebliche Entstellung des Gesichtes und der Nase. Der Lupus besteht seit 20 Jahren. Vielfach behandelt. Wurde weit über 100 mal innerhalb von 8 Monaten behandelt.

Sehr langsamer Verlauf der Heilung. Es kommt vorübergehend zu reactiven Excoriationen. Allmählich schwillt die dicke, infiltrirte Nase ab und die Ulcerationen heilen ab. Das anfänglich sehr entstellte Gesicht zeigt gegen Ende der Behandlung einen wesentlich zum Bessern veränderten Habitus: das Gedunsensein ist vollkommen zurückgegangen, die blaurothe Farbe geschwunden, die Ulcerationen geheilt.

Patient starb vor beendeter Behandlung.

Auch in diesem Falle das prompte Zurückgehen der Schwellungen der Nase und des Gesichts.

No. 18. Frl. K. Alter Lupus des Gesichts, der sich auf Nase, Nasenrücken, Oberlippe und Wangen ausdehnt. Keine eigentliche Knötchenbildung, sondern mehr flache, geröthete, schuppende, mehr oder weniger infiltrirte Flecken.

Seit 23 Jahren in ärztlicher oder Krankenhausbehandlung. 1890 mit Tuberculin behandelt.

Es wurde zuerst nur die linke Wange 16 mal in 2 Monaten behandelt; erst später die rechte.

Bereits nach 2 Sitzungen kam es zu reactiver Röthe, die sich erst nach 16 Sitzungen zu einer zum Aussetzen nöthigenden Reaction steigerte. Bald darauf trat oedematöse Durchtränkung der Wange und eine bis auf das Rete Malpighi in die Tiefe sich erstreckende Excoriation ein, welche den ganzen bestrahlten Bezirk ergriff und Handtellergrösse hatte. Diese Dermatitis zeigte ausserordentlich geringe Heilungstendenz, so dass dieselbe nach 130

Tagen noch nicht vollständig abgeheilt war. Die abgeheilten Partien zeigen eine feine, rosafarbene Haut, auf welcher keine lupösen Partien, auch diaskopisch nachzuweisen sind.

Auch die rechte Wange zeigte bereits nach 4 maliger Bestrahlung geringe Röthung, Jucken und subjectives Wärmegefühl, eine Excoriation der rechten Wange trat jedoch erst nach 8 wöchentlicher, allerdings hin und wieder unterbrochener Behandlung auf, die in derselben Weise wie links abheilte.

Nach 3 monatlicher Pause zeigten sich in den Randpartien einzelne Knötchen, die nach Unna gespickt wurden.

Etwa 1 Jahr nach ausgesetzter Behandlung über die Wangen zerstreut vereinzelte, an den Randpartien dichter stehende Lupusknötchen. Gesicht und Nase sind abgeschwollen, die Haut schuppt nicht.

Obwohl im Grossen und Ganzen gebessert, besonders in kosmetischer Hinsicht, ist dies doch ein wenig gutes Resultat. Wir schieben den geringen Erfolg darauf, dass Pat. frühe eine Reaction bekam, die zur Excoriation führte und zum Aussetzen der Behandlung zwang. Die Haut war durch die vorhergegangenen Operationen etc. sehr vulnerabel geworden, andererseits setzte das derbe Narbengewebe den Strahlen sicher einen erheblichen Widerstand entgegen, so dass ihr Einfluss auf die in das Narbengewebe eingestreuten Knötchen ein geringer war und sie so bald recidiviren konnten.

Schliesslich möchten wir von den 8 zur Zeit noch in Behandlung befindlichen Lupusfällen 2 anführen, die manches Interessante bieten, vor Allem zeigen, dass man durch geeignete Hilfsbehandlungen auch in Fällen, in denen die Strahlen nur wenig Wirkung zu haben scheinen, die Affection für eine intensivere Einwirkung vorbereiten kann.

No. 19. Frau R. An beiden Nasenflügeln, nahe der Nasolabialfalte je ein reichlich bohnengrosser, warzenartiger Lupusknoten. Die ganze Nasenspitze bedeckt mit einem äusserst derben Gewebe, in dem zahlreiche hypertrophische Lupusknötchen sitzen, die die Nasenspitze ganz höckerig erscheinen lassen. Am rechten Mundwinkel pfennigstückgrosse, von starkprominirenden derben Lupusknötchen gebildete halbmondförmige Stelle.

Der Lupus besteht seit 5 Jahren, ist mit Salben, Tuberculin, heisser Luft und elektrolytisch behandelt, im Laufe von 3/4 Jahren einige 80 mal mit grösseren Pausen behandelt.

Nach 6 maliger Behandlung leichte Röthung und subjectives Wärmegefühl, dabei Abschilferung der Haut. Nach 9 maliger Bestrahlung Röthung etwas stärker, starke Desquamation, nach 12 maliger Bestrahlung ausgesetzt, 8 Tage nach Aussetzen kleine Excoriation. Im Laufe der Behandlung wiederholte sich dieser Turnus, die Excoriationen heilten immer bald wieder, die Knötchen der Nasenspitze flachten sich ab und verschwanden allmählich. Die beiden warzenartigen Stellen an den Nasenflügeln wurden auffallend wenig beeinflusst, trotzdem die Behandlung bis zu stärkerer Dermatitis getrieben war. Dieselben werden desshalb zunächst elektrolytisch behandelt, dabei gelangt man mit den Nadeln in anscheinend schwammige Granulationen, denn die Nadeln lassen sich ohne vielen Widerstand im Innern der Knoten hin und her bewegen. Eine darauf folgende Behandlung mit Unna's grüner Salbe verwandelte dann die Knoten in Geschwürsflächen und die nunmehr wieder eingeleitete Bestrahlung brachte dieselben in kurzer Zeit zur Abflachung und Heilung. Die zur Controle unbehandelt gebliebene Stelle am Mundwinkel wird alsdann bestrahlt und ist der Abflachungsprocess nunmehr im besten Gange, so dass in absehbarer Zeit die vollkommene Heilung zu erwarten ist.

No. 20. Knabe B., 11 Jahre. Am rechten Unterarm etwa 6 cm breite, das untere Drittel desselben in einem Oval von ca. 30 cm Durchmesser fast rings umgreifende lupöse Erkrankung. An einer 5 cm langen Stelle ist dieser ovale Streifen durch eine zarte Narbe unterbrochen, im übrigen serpiginirenden Charakters, der äussere Rand selbst ist stark wallartig erhaben, zeigt keine Tendenz zum Zerfall. Geringe Schuppung des ganzen ergriffenen Bezirks. Beginn der Erkrankung in frühester Kindheit, wiederholt ärztlich behandelt.

Ca. 60 mal in 5 Monaten bestrahlt.

Die Besserung war eine ausserordentlich schnelle, die wulstigen Ränder flachten zusehends ab und zeigten sich dabei deutlich in den Randpartien Lupusknötchen, die vorher weniger sichtbar waren. Diese trockneten mit der Zeit ein, so dass nunmehr der Rand bis auf eine 5 cm lange Stelle zwar noch geröthet erscheint, im Uebrigen aber vollkommen glatt im Niveau der Haut liegt. Einzelne dunklere Knötchen sind deutlich, besonders in den Randpartien zu erkennen. Die erwähnte, am wenigsten beeinflusste Stelle ist auch ganz wesentlich gebessert, jedoch nicht so weit vorgeschritten wie die übrigen Partien, dies kommt wohl daher, dass sie etwas ungünstig liegt, so dass sie sich schwer unter die Röntgenröhre einstellen lässt, die Bestrahlung also dort keine so intensive ist. Dieselbe wird mit der Unna'schen grünen Salbe behandelt, wodurch die dort noch vorhandenen Knötchen gründlich zum Zerfall gebracht werden, so dass an ihrer Stelle bis 2 mm tiefe, wie mit dem Locheisen ausgeschlagene Löcher entstehen. Hierauf liessen wir nun die Röntgenstrahlen einwirken und von dem Moment heilten nicht nur die Knötchen sehr schnell aus, sondern auch der Rand wurde sofort flacher und ist nunmehr fast im Niveau der Haut. Aus den Randpartien wurden 2 Stücke Haut zur mikroskopischen Untersuchung, die von unserm Mitarbeiter, Herrn Dr. Hueter, ausgeführt wurde, excidirt, eines im Beginn der Behandlung, eines nach 5 monatlicher Behandlung.

Obwohl der Knabe 5 Monate hindurch mit nur geringen 1 bis mehrtägigen Unterbrechungen behandelt wurde, so hat er doch keine Dermatitis bekommen, nicht einmal eine vorübergehende Röthung oder irgend eine Schmerzempfindung konnte constatirt werden. Wir schieben diesen guten Erfolg mit darauf, dass der Knabe vom ersten Tage an einen Vaselinverband erhielt. Wir erreichten dadurch, dass die sonst auftretende starke Schuppung vollkommen vermieden wurde, sowie auch, dass die Haut dauernd eingefettet den schädlichen Wirkungen der X-Strahlen vollkommen Widerstand leistete. Freilich könnten wir dem Einwurf, dass der betreffende Patient überhaupt weniger auf die schädlichen Nebenwirkungen reagire, dass es individuelle Indisposition gegen dieselben sei, nichts erwidern, als dass wir, seitdem wir alle unsere Patienten die bestrahlten Partien tüchtig einfetten lassen, entschieden weniger Neigung zu Hyperaemien und Reactionen beobachten.

Es wurde in dem vorstehenden Falle ein Stück der in Heilung begriffenen Hautpartie excidirt und von Herrn Dr. Hueter untersucht. Der histologische Befund war der folgende:

Das excidirte Hautstück wurde in absolutem Alkohol gehärtet und in Celloidin geschnitten. Die Epithelschicht im Ganzen ziemlich dick, offenbar hypertrophisch, hie und da ein Leukocyt im Durchwandern begriffen. Die Papillen fast durchgehends stark abgeplattet, sehr niedrig, stellenweise nur angedeutet. Die eigentliche Cutis weist sehr starke Veränderungen auf. Dicht unter dem Epithel, auch in den Papillen, hat das Gewebe stellenweise noch die normale, lockere Structur des Collagens, hier finden sich kleine Infiltrationsherde von mononucleären Leukocyten und stark erweiterte, mit einer einfachen Endothelschicht ausgekleidete Lymphgefässe. Das ganze übrige Cutisgewebe, in den obersten Schichten, da, wo die Papillen nur angedeutet sind oder ganz fehlen, zeigt eine eigenthümliche dichte Structur, die Bindegewebsfasern ziemlich schmal, dicht aneinander gepresst, laufen in regelmässigen Zügen theils der Oberfläche parallel, theils kreuzen sie sich mit anderen, ebenso beschaffenen Faserbündeln, welche unter spitzem Winkel von unten her aufsteigen. Zwischen den Bündeln und diese auseinander drängend, finden sich zahlreiche Leukocytenherde vor. Das so beschaffene Gewebe reicht häufig tief hinab bis zu den Knäueldrüsen und zwischen dieselben hinein, nur in den tiefsten Schichten findet sich wohlerhaltenes Collagengewebe mit lockerer, welliger Structur.

Das dicht gefügte Gewebe ist sehr arm an Blutgefässen, die Lymphgefässe durchsetzen die Fasern in schiefer Richtung, sie verlaufen besonders da, wo 2 benachbarte Faserbündel sich in ihrem Verlauf kreuzen. Ferner fällt der grosse Zellreichthum dieses Gewebes auf, die Zellen klein, schmal, spindelig oder gewellt, eng zusammenliegend, auffällig parallel zu einander verlaufend und in regelmässiger Anordnung übereinander geschichtet. Ueber die ganze Cutis zerstreut finden sich Mastzellen in nicht sehr erheblicher Zahl. Von glatter Musculatur ist sehr wenig zu sehen, nur an einer Stelle fand sich ein Bündel glatter Muskelfasern, und dies war am Rande des Schnittes, wo das Gewebe mehr das normale lockere Gefüge zeigte. Was die Haare anbetrifft, so habe ich in einer grossen Reihe von Schnitten nur einen einzigen quer durchschnittenen Haarbalg mit einem dünnen Haar gesehen. Von Talgdrüsen fand sich keine Spur vor, die Knäueldrüsen waren wohlerhalten.

Das elastische Gewebe ist in grosser Ausdehnung zu Grunde gegangen. Vollkommen erhalten fand ich es am Rande des Schnittes, wo die Haut einigermaassen normale Verhältnisse darbot, und hier die feinsten Fasern bis in die Papillen hinein. Grösstentheils erhalten war es in den tiefsten, an das subcutane Fettgewebe anstossenden Schichten. In den oberen Schichten, und zwar besonders im Bereich des dicht gefügten Gewebes, fehlte es auf weite Strecken ganz, und nur ausnahmsweise zeigten sich hier feine, kurze, nach der Weigert'schen und Unna-Tänzer'schen Methode gut färbbare Fasern. Besonders auffällig erscheint mir die Thatsache, dass das Elastin in den tiefern Schichten im Bereich wohlerhaltenen Collagengewebes stellenweise rareficirt war. Die Lupusherde, auf die ich gleich zu sprechen komme, wurden meist von elastinfreiem Bindegewebe umgrenzt, doch fanden sich auch Bilder, in denen diese Grenze von elastische Fasern tragenden Bündeln gebildet wurde, ja an

einigen Stellen erstrecken sich elastische Fasern direct in das tuberculöse Gewebe hinein.

Beim Durchmustern der Präparate fielen sofort Granulationsherde auf, welche in bestimmten Abständen angeordnet waren, und deren sich in jedem Präparat etwa 3—4 fanden. Sie liegen in den oberen Cutisschichten, von dem Epithel durch eine schmale Zone lockeren oder straffen, dichten Bindegewebes getrennt. Einmal fand sich ein Granulationsherd der Epithelschicht so nahe liegend, dass letztere über die Umgebung vorgewölbt erschien. Die Herde lassen nun deutlich eine Zusammensetzung aus multiplen, im Centrum helleren Knötchen erkennen, jeder Herd wird aus etwa 3, 5 bis 8 Knötchen gebildet, welche ihrerseits wieder aus zahlreichen Riesenzellen mit wandständigen Kernen und epitheloiden Zellen sich zusammensetzen und in der Peripherie Leukocyten enthalten. Es handelt sich somit um typische Tuberkel. Auffällig ist die grosse Zahl der Riesenzellen. Diese lagen häufig excentrisch oder ganz an der Peripherie, manche Knötchen schienen fast nur aus Riesenzellen zu bestehen. Die Leukocytenzone am Rand der tuberculösen Herde war äusserst schmal oder fehlte ganz. Letztere werden nur von den Zügen dichten kernreichen Bindegewebes eng umschlossen, die Grenze der Tuberkel gegen dieses ist äusserst scharf. Von einer productiven Wucherung des Bindegewebes am Rande der Tuberkel war nichts zu sehen. Eine grosse Anzahl Schnitte wurde auf Tuberkelbacillen gefärbt und durchgesehen, mit negativem Erfolge.

Wir haben es nach Vorstehendem zu thun mit einem rückgängigen, in Abheilung begriffenen Lupus, bei welchem das ursprüngliche tuberculöse Gewebe bis auf kleine Reste noch erhaltener Tuberkelgruppen eine fibröse Umwandlung erfahren hat. Unna hat dieses Stadium der Lupusheilung als tuberculöses Fibrom bezeichnet. Das Vorhandensein der Tuberkelherde, der Lupuscentren deutet schon darauf hin, dass eine definitive Heilung noch nicht eingetreten ist. Aber auch das tuberculöse Fibrom stellt nach Unna nur eine Vorstufe der definitiven Vernarbung dar, er gibt an, dass es, wenn auch alles specifische Gewebe geschwunden ist, noch auf Tuberculin reagirt. In Anbetracht der vorhandenen Tuberkel wurde diese Reaction in unserem Falle nicht vorgenommen.

Da ausser der Röntgenbestrahlung keine anderen therapeutischen Maassnahmen in Anwendung gezogen wurden, so wird man den erreichten Erfolg der Behandlung auf Kosten der Bestrahlung setzen können. Jedenfalls beweist der histologische Befund, dass eine Rückbildung des lupösen Processes unter der Röntgenbehandlung sich ebenso gut vollziehen kann, wie bei anderen therapeutischen Methoden.

Herr Dr. Unna war so liebenswürdig, meine Präparate durchzusehen, für seine freundliche Unterstützung sage ich ihm an dieser Stelle meinen besten Dank.

Wir wollen nunmehr zur Betrachtung unserer Erfolge bei anderen Hautkrankheiten übergehen und lassen zu dem Zwecke eine Anzahl von Krankengeschichten folgen. Zunächst theilen wir einige Ekzemfälle mit:

No. 1. Frau B. 20 cm breites, den Unterschenkel direct oberhalb des Malleolus ringförmig umgebendes Ekzem. Oedem des Unterschenkels und Fusses 31 cm im Umfang, handbreit über dem Fussgelenk. Röthung der Haut, dieselbe schuppt auf der Oberfläche. An einzelnen Stellen Rhagaden. 2 Finger breit über den beiden Malleolen je eine markstückgrosse nässende Stelle.

Seit 3 Jahren Oedem des Unterschenkels. Seit 4 Monaten Ekzem.

12 mal bestrahlt innerhalb 2 Monaten.

Schon nach der ersten Bestrahlung ist die behandelte Partie vollkommen trocken. Nach der dritten Bestrahlung sind die Schmerzen wesentlich geringer. Patientin kann besser gehen, die Bewegungen im Fussgelenk sind freier. Nach 6 maliger Bestrahlung ist das Oedem geringer, die bestrahlten Partien andauernd trocken. Nach 12 maliger successiv vorgenommener Bestrahlung der gesammten ekzematösen Partien völlige Heilung. Nach ca. 2½ Monaten geringes Recidiv, das unter abermaliger Bestrahlung rasch heilt. Patientin völlig gesund, kann Maschinennähen. Dauer der Heilung jetzt ca. 10 Monate.

No. 2. Knabe W. Ekzema capitis faciei et nuchae.

Der ganze Kopf, das Gesicht mit Ausnahme von Kinn und Nasenspitze von einem stark nässenden, vielfach reichlich Borken bildenden Ekzem eingenommen.

Das Ekzem besteht seit 4 Jahren und wurde vielfach specialärztlich und im Krankenhaus behandelt.

Es wird zunächst ein kleines Stück, 8 : 10 cm, der rechten Wange der Röntgenbehandlung unterzogen. Schon nach der ersten Sitzung ist die betreffende Stelle trocken und bleibt es auch lange Zeit. Allmählich werden dann andere Partien des Ekzems der Behandlung unterzogen und trocknen wie die erstere eine nach der anderen ab. Die Haut beginnt sich zu glätten, verliert ihr rothes Aussehen und wird vollkommen trocken. Das bis dahin gedunsene Gesicht zeigt kaum noch Schwellung. Nach 1½ Monate dauernder Behandlung ist mit Ausnahme einiger Knötchen auf dem behaarten Kopf und einiger schuppender Stellen am Nacken und Hals Alles gesund. Nach einem Monat Recidiv schlimmster Art am Hals und Nacken. Kopf und Gesicht sind fast ganz heil geblieben. Die Haare sind am Hinterkopf fast vollständig ausgegangen. Wiederbeginn der Behandlung.

Nach einer Bestrahlungscur von einigen 20 Malen wird wieder eine vorübergehende Besserung erzielt, die indessen nicht von Bestand ist und bald neuen Nachschüben Platz macht. In Folge dessen wird der Knabe einstweilen ungeheilt in poliklinische Behandlung gegeben. Als auch hier keine Besserung erzielt wird, bleibt Patient aus der Behandlung gänzlich fort. Nach ungefähr 5 Monaten erscheint er wieder und zwar völlig geheilt. Die in Folge der Bestrahlung entstandene Kahlköpfigkeit hat einem vollen Haarwuchs Platz gemacht. Die Behandlung in der Zwischenzeit hatte lediglich aus Schwefelbädern und Vaselinsalben bestanden.

Nach weiteren 5 Monaten abermals Recidiv, welches an beiden Ohren, Hals und Wangen begann, dasselbe befindet sich zur Zeit in Behandlung und auf dem Wege der Besserung.

No. 3. Kind Eh. Ausgedehntes impetiginöses Ekzem des Gesichtes und des behaarten Kopfes.

Das Ekzem besteht seit 6 Wochen. Vielfach behandelt.

10—12 mal bestrahlt.

Zu einer Reaction kam es nicht. Das Gesicht heilte schneller ab als der behaarte Kopf. Letzterer unter Defluvium capillitii. Nach ungefähr einem Monat waren die Haare wieder gewachsen. Nach einem Jahr noch vollständig gesund.

No. 4. Frau H., 55 Jahre. Ekzema cruris. Von der Fusssohle anfangend 2 Handteller breite, die ganze Innenseite der Unterschenkel einnehmende Ekzemfläche. Die Haut ist geröthet, an einzelnen Stellen leicht excoriirt, im Ganzen trocken. Varicen.

24 Jahre vielfach in ärztlicher Behandlung, die oft Jahre langen Erfolg hatte. Seit nunmehr 5—6 Wochen erneutes Auftreten der Affection.

Ca. 20 mal bestrahlt.

Nach 6 maliger Bestrahlung leichte Röthung der Haut, in Folge deren die Behandlung ausgesetzt wird. Nach weiteren 10 Tagen ist die Reaction zurückgegangen, keine Excoriationen, die Haut glatt. Ca. 1½ Monate nach Beginn der Behandlung völlige Heilung. (Demonstration im Aerztlichen Verein.)

Nach ungefähr einem Jahr Ekzem nicht recidivirt. Patientin kann dauernd gut gehen und schwere Arbeit verrichten, während sie früher oft durch Schmerzen zur Bettruhe gezwungen war.

No. 5. Frau Sch., 38 Jahre. Ueber Handflächengrosse geröthete, leicht hypertrophe Ekzemstellen um den rechten Malleol. internus, links Alles abgeheilt, zur Zeit trocken, hin und wieder nässend. Nur ganz vereinzelte oberflächliche Excoriationen, geringes Oedem.

Seit 1½ Jahr. Schon vor 10 Jahren hatte sie vorübergehend ein Ekzem.

Nach 5 maliger Bestrahlung ist Alles trocken, die Haut etwas derb. Nach weiteren 10 Tagen ist auch die geringe oedematöse Schwellung zurückgegangen. Nach 6 Monaten kleines, zehnpfennigstückgrosses ekzematöses Recidiv, das indessen unter 2—3 maliger Bestrahlung prompt abheilt. Nach Jahresfrist noch vollständig gesund.

No. 6. Frau F., 59 Jahre. Nässendes mit Borken bedecktes Ekzem, welches sich von den Zehen über den ganzen Fuss und Unterschenkel bis hinauf zum Knie erstreckt.

Erosionen, geringes Oedem.

Das Ekzem besteht seit 1½ Jahr; verschiedentlich behandelt.

12 mal bestrahlt.

Zunächst wird der Fussrücken, sowie Oberseitenflächen des Unterschenkels in Angriff genommen. Nach 8 tägiger Behandlung zeigt sich eine wesentliche Besserung, das Nässen ist völlig beseitigt, unter enormer Desquamation heilten die ergriffenen Partien. Nach 12 Tagen wurde wegen geringer reactiver Röthung die Behandlung ausgesetzt. Nach Erlöschen der Reaction Wiederbeginn der Behandlung. Successive wird der ganze Unterschenkel der Bestrahlung unterzogen und in der gleichen Weise zur Heilung gebracht.

Dauer der Heilung ½ Jahr, alsdann im Anschluss an die in Folge Influenza erforderlich gewordene Bettruhe Recidiv in ganzer Ausdehnung, während vorher alles in bester Ordnung war.

No. 7. Herr A. Stark juckendes psoriasisartiges Ekzem des Scrotum mit vereinzelten schmerzenden Rhagaden. Das Ekzem erstreckt sich auch entlang des Penisschaftes und an der Glans in der Nähe des Frenulum. Die Haut am Schleimhautübergang zum Anus ist geröthet, juckt und zeigt Rhagadenbildung.

Besteht seit 10 Jahren. Stets in specialärztlicher Behandlung ohne nennenswerthen Erfolg.

Nach einer erstmaligen 15 Minuten dauernden Bestrahlung constatirt Patient ein wesentliches Nachlassen des Juckens, während dasselbe sonst beim Entkleiden heftig aufzutreten pflegte, ist es diesesmal fortgeblieben. Nach 3 maliger Bestrahlung ist das Jucken fast vollständig fort. Während Patient früher nie trockene Behandlung hat vertragen können, wird jetzt ein einfacher Streupulververband vorzüglich ertragen. Das Jucken am Anus hat aufgehört. Nach 4 maliger Bestrahlung völlige Beseitigung jeden Juckreizes, leichte Abschuppung. Nach 7 maliger Bestrahlung Aussetzen der Behandlung. Die Abheilung des Ekzems schreitet

rapide fort, wird aber durch einen plötzlich auftretenden, schnell wieder heilenden Herpes unterbrochen (2 malige Bestrahlung).

Nach ca. 3½—4 Monaten Recidiv am Scrotum, Rhagade am Dors. pen. Eine 3 malige Bestrahlung, verbunden mit einer Aetzung der Rhagade mit Lapis, beseitigt das Recidiv.

Nach weiteren 4 Monaten psoriatiformes Recidiv des Scrotum, des Penis und der Crena ani. Schuppt und juckt stark. Auch diesesmal nach einmaliger Bestrahlung Aufhören des Juckreizes; bei weiterer Behandlung allmähliches Verschwinden der psoriatiformen Plaques und Heilung nach 9 Sitzungen.

No. 8. Frl. G., 18 Jahre. Ekzem der Finger und Hand erstreckt sich über die ganze Länge der Finger und über den Handrücken bis in die Gegend der Metacarpalköpfchen, dessgleichen ist der Unterarm an Beuge- und Streckseite ergriffen.

Rhagadenbildung. Starkes Jucken. Besteht seit 12 Jahren. 7 mal bestrahlt.

Heilt unter ca. 7 maliger Bestrahlung und indifferenten Schutzverbänden völlig ab.

No. 9. Frl. M. Juckendes, rhagadenbildendes Ekzem beider Hände.

Besteht seit einem Jahr, dauernd in Behandlung.

Das erstemal 3 mal behandelt, das Recidiv 10 mal behandelt. Nach einer 20 Minuten dauernden einmaligen Bestrahlung ist das Jucken absolut fort. Nach 3 maliger Behandlung und indifferenten Schutzverbänden ist alles abgeheilt. 6 Monate darauf geringes Recidiv. Kommt wieder in Behandlung. Auch bei der Behandlung des Recidivs wird das Jucken nach einmaliger Bestrahlung beseitigt; nach 10 maliger Bestrahlung wesentlich gebessert. Aus äusseren Gründen wird die Bestrahlung sistirt und Salbenbehandlung eingeleitet, die nunmehr Erfolg hat, während früher Salben ganz erfolglos gebraucht wurden.

No. 10. Frau W. leidet seit Jahren an einem chronischen Ekzem beider Unterschenkel. Am rechten Unterschenkel aussen, direct über dem Mall. ext. eine reichlich handtellergrosse ekzematöse Stelle. Dieselbe war geröthet, theils trocken, theils etwas feucht, mit zahlreichen Rhagaden durchsetzt, an einzelnen Stellen mit flachen, dünnen, gelblich-weissen Borken besetzt. Vielfach behandelt. Eine 12 malige, durch verschiedene eintägige Unterbrechungen stattgehabte Röntgenbestrahlung heilte das Ekzem vollständig. Die Haut des behandelten rechten Unterschenkels war leicht geröthet, vollkommen glatt, während der nicht behandelte linke Unterschenkel das Ekzem noch unverändert aufwies. Nach 9 Monaten geringes Recidiv an einem Unterschenkel, während der andere gesund geblieben war.

No. 11. Frau Ws. leidet seit zwei Jahren an einem Ekzem beider Unterschenkel, dasselbe besteht aus mehreren handtellergrossen Stellen, die lebhaft geröthet sind, zum grossen Theil sind sie trocken und mit Schuppen bedeckt, an einzelnen Stellen feucht. Ferner Rhagaden. Vielfach behandelt. Zunächst eine Stelle am r. Unterschenkel behandelt. Nach der 4. Sitzung Reaction in Gestalt von Röthung sowohl der Stelle selbst, wie der nächsten Umgebung. Trotzdem nun einige Tage ausgesetzt wurde, hatte sich doch eine geringe derbe Infiltration im ganzen Gebiet der bestrahlten Partien gebildet. Unter Bleiwasserumschlägen Rückgang der Röthung in drei Tagen. Unter weiteren Bestrahlungen Abheilung des Ekzems. Jedoch ist die betr. Stelle entsprechend der Dermatitis etwas erhaben, derb und schuppend und fühlt sich wie Pergamentinduration an. Am l. Unterschenkel ist die aussen befindliche Stelle gleichfalls nur 4 mal bestrahlt worden und bereits in flottester Abheilung. Eine Controlstelle nicht behandelt, in Folge dessen unverändert.

Nach einem halben Jahre leichtes Recidiv am linken Unterschenkel, das nunmehr unter Salbenbehandlung zurück ging.

No. 12. Olga H., 18 Jahre. 1896 Scabies. Anfang 1897 traten Bläschen zwischen den Fingern auf, zuerst am Zeigefinger, dann am Mittelfinger, bis schliesslich der ganze Rücken der Hand ergriffen wurde. Die afficirte Partie ist röthlich-braun, geröthet, stellenweise excoriirt und nässend, stellenweise mit trockener, verdickter rissiger Epidermis bedeckt. Durchweg finden sich in den erkrankten Partien kleine Knötchen von Hirsekorngrösse. An der Ulnarseite der linken Hand die gleichen, aber kleineren Knötchen, daselbst keine Excoriation, auch keine Schuppenbildung.

Beginn der Behandlung 9. II. 98.

Innerhalb 4 Wochen sind die einzelnen nässenden Partien fast ganz verschwunden. Leichte bräunliche Pigmentirung der gesammten, früher erkrankt gewesenen Hautpartie.

Nach 6 Wochen vollkommen heil. Die Haut glatt und normal.

Nach 1½ Jahren trat eine gleiche Erkrankung des anderen Handrückens auf, die nach wenigen Bestrahlungen abheilte. Die zuerst erkrankt gewesene linke Hand vollkommen glatt und zart, durchaus normal, keinerlei Narben oder Pigmentirungen aufweisend.

Die Fälle 10, 11 und 12 sind seiner Zeit bereits in den Fortschritten auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen, Bd. II, S. 16, veröffentlicht.

No. 13. Martha E., 21½ Jahre. Seit 8 Monaten bestehendes, vielfach behandeltes Ekzem der Finger, beider Handrücken und Unterarme. Das Ekzem ist im Allgemeinen trocken, neigt zu Rhagaden auf den Handrücken und Unterarmen, während auf den Fingerrücken hauptsächlich kleine Bläschen sitzen, die leicht platzen und sich mit einer Borke bedecken. Das Ekzem juckt stark. Vielfach behandelt.

Nach 3 maliger Bestrahlung war das Jucken verschwunden, nach 6 maliger Bestrahlung ist alles trocken, nach 9 maliger Bestrahlung wurde 3 Tage ausgesetzt. Trotzdem trat 3 Tage später, also 12 Tage nach Beginn der Behandlung, eine geringe Reaction bestehend in Röthung und Brennen ein, die in 8 Tagen noch etwas stärker wurde. Zu einer Excoriation kam es indess nicht. Zwei Monate nach Beginn der Bestrahlung Haut vollkommen glatt und normal.

Nach weiteren 2 Monaten geringes Recidiv an den Fingerspitzen, das nach 6 Bestrahlungen heilte. Doch hielt die Heilung diesmal nicht so lange an, denn bereits nach 6 Wochen trat ein, wenn auch leichtes Recidiv ein. Im Laufe eines Jahres war dann etwa alle 2 Monate ein Recidiv aufgetreten, das zwar immer von der Bestrahlung günstig beeinflusst wurde, es machte aber doch den Eindruck, als hätte die X-Strahlenbehandlung lange nicht mehr denselben günstigen Einfluss wie bei der ersten Behandlungsserie. Doch wurden jetzt Salben und andere Behandlungsmethoden entschieden besser vertragen und mit besserem Erfolg verwendet.

No. 14. Frau Fr., 29 Jahre. Seit mehreren Jahren Ulc. varicos. das abheilte und wieder recidivirte. Seit Mitte Januar 1898 offenes Geschwür am linken Unterschenkel. Die Umgebung in Handtellerbreite ekzematös und derb infiltrirt. Der Unterschenkel selbst oedematös.

Nach 10 Bestrahlungen das Ekzem in der Umgebung des Ulcus zurückgegangen, das Ulcus selbst nicht wesentlich verändert. Auch während der nächsten Monate hielt der günstige Zustand des Ekzems und des Oedems an.

(Schluss folgt.)

Entgegnung auf die Bemerkungen Kehr's zur Methode der Cholecystotomie mit wasserdichter Drainage

in No. 7 dieser Wochenschrift.

Von Prof. Dr. Poppert in Giessen.

Die Bemerkungen Kehr's zu meinem in der Deutsch. med. Wochenschr. 1899, No. 50 erschienenen Aufsatz über „Die Cholecystotomie mit wasserdichter Drainage der Gallenblase" veranlassen mich zu folgender Erwiderung:

Kehr übersieht bei seinen Ausführungen vollständig, dass ich zur Veröffentlichung der genannten Methode nicht veranlasst wurde, weil ich der Ansicht war, eine gänzlich neue Operation entdeckt zu haben, sondern weil es mir darauf ankam, zu zeigen, wie man mit Hilfe dieser Modification die Eingriffe am Gallengangsystem ausserordentlich vereinfachen und gleichzeitig ihre Gefahren herabsetzen könne. Es geht dies klar aus meinem im Jahre 1898 auf dem Chirurgencongress gehaltenen Vortrag[1] hervor, wo ich wörtlich sagte: „Das beschriebene Verfahren ist also, wie Sie sehen, nur eine Vervollkommnung der sog. Schlauchdrainage von Kehr, und ich bin überzeugt, dass auch schon von anderer Seite ähnlich verfahren worden ist". Mit grösserer Reserve kann man sich wohl kaum ausdrücken. In meinem letzten Aufsatz habe ich Kehr's Schlauchverfahren ausführlich genug beschrieben, so dass sich jeder Leser ein eigenes Urtheil über die Aehnlichkeit der beiden Methoden bilden konnte. Auf diesen Punkt in diesem Aufsatz noch einmal ausdrücklich hinzuweisen, wie Kehr es verlangt, erschien mir desshalb durchaus überflüssig.

Hierbei möchte ich übrigens nochmals betonen, dass ich bei der Ausbildung der „wasserdichten Drainage" gar nicht von Kehr's Schlauchverfahren ausgegangen bin, abgesehen davon, dass mir dasselbe auch zu jener Zeit unbekannt war. Durch welche Umstände ich zu der Abänderung der gewöhnlichen Cystotomie veranlasst worden bin, habe ich in dem in der Deutsch. med. Wochenschr. erschienenen Aufsatz ausführlich genug geschildert. Ohne die zufällig von mir gemachte Beobachtung, dass der angestrebte Abschluss der Bauchhöhle durch Einreissen der zwischen Gallenblase und Bauchwand angelegten Nähte thatsächlich verloren gehen kann, würde ich wohl nie einen anderen Ausweg gesucht haben und nie auf den Gedanken gekommen sein, einen wasserdichten Abschluss um das Drain herbeizuführen.

Wie ich von vorneherein vermuthet hatte, haben auch andere Chirurgen, allerdings in einer anderen Absicht, ganz ähnliche Wege wie ich eingeschlagen. So erwähnte Petersen in derselben Sitzung des Chirurgencongresses, wo ich über meine Methode referirte, eine Verbesserung der Cystostomie, die Czerny in 25 Fällen angewandt hat, um der Entwicklung einer dauernden Gallenblasenfistel vorzubeugen. Diese Aenderung besteht darin, „dass zum Schlusse der Operation ein mittelstarkes Drainrohr einige Centimeter weit in die Gallenblase eingeschoben und die Incision der Gallenblase soweit verkleinert wurde, dass das Drain überall fest von der Gallenblasenwand umschlossen war; das Drain selbst wurde noch von 2 Catgutfäden mitgefasst. Darauf wurde die Nahtlinie der Gallenblase mit einigen Nähten am Peritoneum parietale suspendirt". In derselben Sitzung hat Gersuny, in der gleichen Absicht, den späteren Verschluss der Fistel zu sichern, empfohlen, „eine Schrägfistel anzulegen, wie sie Witzel ursprünglich für die Harnblase empfohlen hat. Wenn man das Drain so befestigt, dass es auf 1—2 cm Länge in einer Falte der Blasenwand über ihrer Vereinigungslinie liegt, so findet ein dichter Verschluss statt. Wenn man das Drain später aus der Fistel entfernt, so schliesst

[1] s. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1898, I, 125.

sich die Wunde sofort u. s. w." Hätten diese Autoren den von mir unternommenen weiteren Schritt gethan und auf die Anheftung der Gallenblase verzichtet, so würde auch sofort eine grosse Aehnlichkeit mit dem „Schlauchverfahren" vorhanden gewesen sein, und Kehr hätte mit demselben Recht, mit dem er es mir gegenüber thut, auch den übrigen Operateuren gegenüber seine Priorität geltend machen können.

Nach alledem erscheint es recht müssig, in dieser Frage über Priorität streiten zu wollen. Ich persönlich halte diesen Punkt für sehr nebensächlich, wohl aber beanspruche ich gegenüber Kehr das Verdienst, in, wie ich glaube, überzeugender Weise den Nachweis erbracht zu haben, dass die Gallenblasendrainage in der von mir geübten Weise uns ein ausserordentlich bequemes und zuverlässiges Mittel an die Hand gibt, die Operationen an den Gallenwegen zu vereinfachen und gleichzeitig ungefährlicher zu gestalten.

Kehr wird nicht behaupten wollen, dass er diese Vorzüge erkannt hat. Er würde sonst doch viel häufiger von dem Verfahren Gebrauch gemacht haben, als er es in Wirklichkeit gethan hat. Für ihn war das „Schlauchverfahren" nur das ultimum refugium; ich wenigstens finde in seiner Publication nur 6 Fälle, in denen er es angewandt hat, jedenfalls nur ein verschwindend kleiner Bruchtheil bei seinen hunderten von Gallenblasenoperationen! Allerdings stellt Kehr in seinem nächsten Jahresbericht neue einschlägige Mittheilungen in Aussicht; sollte er etwa durch meine erzielten Erfolge zu einer ausgiebigeren Benützung des Schlauchverfahrens ermuthigt worden sein?

Zur Zeit der im October 1898 erschienenen Arbeit Kehr's (Sammlung klinischer Vorträge, N. F. 225), wo er schon einmal meine Methode kritisch erwähnt, war sein Vertrauen zum Schlauchverfahren jedenfalls kein unerschütterliches. Er erwähnt ausdrücklich, „dass es keine Sicherheit gegen peritoneale Infection bietet und desshalb in den letzten Jahren nicht mehr so häufig von ihm angewandt wurde." Aus diesem Grund hält Kehr auch mein Verfahren für unsicher und fürchtet, dass „doch einmal neben dem wasserdicht in die Gallenblase angebrachten Rohre die häufig infectiöse Galle vorbei in die Bauchhöhle laufen könne." Ich meine, hieraus geht klar hervor, dass Kehr die Leistungsfähigkeit einer wirklich wasserdichten Drainage nicht erkannt hatte und demgemäss auch nicht in der Lage war, ihre Vortheile auszunützen.

Der Beweis von der Zuverlässigkeit der wasserdichten Drainage ist von mir erbracht worden, und zwar habe ich diese Thatsache zuerst an eingenähten Gallenblasen festgestellt, wo ich jeder Zeit diese Verhältnisse mit dem Auge beobachten konnte. Erst nachdem ich mich bei diesen Fällen von der Sicherheit des Abschlusses hinlänglich überzeugt hatte, konnte ich Schritt für Schritt weiter gehen und schliesslich auf die Anheftung der Gallenblase an die Bauchwand ganz verzichten. Ohne mir jene Gewissheit verschafft zu haben, würde ich, so lange mir irgend ein anderes, wenn auch noch so complicirtes Auskunftsmittel zur Verfügung stand, es niemals gewagt haben, eine derart versorgte Gallenblase in die Bauchhöhle zu versenken. Als ich die Ungefährlichkeit der Methode erprobt hatte, übersah ich erst recht die grossen Vortheile derselben. Vor Allem trat als Hauptvorzug des Verfahrens mir die Möglichkeit entgegen, es auch auf die complicirten Fälle, auf die morschen und auf die verkleinerten Gallenblasen anzuwenden.

Meine wichtigste Aufgabe musste jetzt sein, an der Hand einer grösseren Reihe von Fällen den Beweis für die Leistungsfähigkeit der Methode zu erbringen. Dass ich in dieser Hinsicht erhebliche Bedenken zu überwinden haben würde, musste ich auf dem Chirurgencongress aus gelegentlichen Bemerkungen von Collegen entnehmen, die der praktischen Ausführbarkeit meiner Vorschläge mehr oder weniger skeptisch gegenüber standen. Desshalb habe ich auch mit der ausführlichen Beschreibung der Operationsmethode so lange gezögert, bis ich mich hierbei auf eine möglichst ansehnliche Zahl von operativen Fällen stützen konnte.

In Bezug auf die übrigen Einwendungen Kehr's will ich mich aus nahe liegenden Gründen kurz fassen.

Zunächst dürfte es überflüssig sein, festzustellen, dass ich nicht, wie es Kehr darstellt, den Eindruck zu erwecken versucht habe, meine Methode sei eine Panacee gegen jede den Operirten bedrohenden Gefahr, also auch gegen die, denen gegenüber der Chirurg machtlos ist (Pneumonie, cholaemische Blutungen u. s. w.). Dies sollte sich eigentlich doch von selbst verstehen. Ich habe nur behauptet, dass mir kein Kranker an den Folgen eines Fehlers der Technik der Operationsmethode oder an einer Wundcomplication gestorben ist. In dieser Hinsicht entspricht die Methode auf Grund meiner Erfahrung den höchsten Anforderungen, die man an eine Operation stellen kann.

Ebenso unbegründet und ungerechtfertigt ist der Vorwurf, dass „der in die Geschichte der Gallensteinchirurgie nicht gehörig eingeweihte Leser nach der ganzen Art meiner Darstellung auf den Gedanken kommen müsse, dass die wasserdichte Drainage beim Choledochus erst die Consequenz des von mir an der Gallenblase geübten Verfahrens sei". Aus der ganzen Art meiner Darstellung hätte Kehr im Gegentheil ersehen müssen, dass sich mein Aufsatz in erster Linie an solche Leser wendet, welche die Drainage der grossen Gallengänge als heutigen Tages häufig geübten Eingriff kennen. Aus diesem Grunde erscheint auch die Mehrzahl der übrigen Bemerkungen Kehr's, z. B. über den Vorzug der Cystektomie gegenüber der Cystostomie, über die Wichtigkeit der Untersuchung der grossen Gallengänge u. s. w., ganz deplacirt. Ebenso hätte er sich auch verschiedene andere, gewiss wohlgemeinte Rathschläge, wie man etwa „den praktischen Arzt für die Gallensteinchirurgie werben soll", ersparen können.

Geradezu erheiternd wirkte aber auf mich — und so ist es wohl auch anderen Lesern gegangen — die Befürchtung Kehr's, dass die Mittheilung meines Aufsatzes über die wasserdichte Drainage „mehr schaden als nützen würde", weil sich hierdurch der Unkundige etwa zu unüberlegten Eingriffen verführen lassen würde. Er sieht schon im Geiste voraus, dass „die wasserdichte Drainage jetzt geübt werden wird auch von solchen Chirurgen, die bisher an eine Gallensteinoperation sich nicht herangewagt haben, weil sie vor der schwierigen Technik zurückschreckten." Vielleicht hätte es Kehr lieber gesehen, wenn ich dem Anfänger recht bange gemacht hätte vor den Operationen, die er selbst sich zu seiner Lieblingsbeschäftigung erkoren hat. Bei meiner Veröffentlichung liess ich mich allein von dem Bestreben leiten, die Aufmerksamkeit auf eine Methode zu lenken, von der ich überzeugt bin, dass sie die Resultate der Gallensteinoperation, besonders in den complicirten Fällen, zu verbessern im Stande ist. Sollte aber gleichzeitig durch meine Mittheilung auch der Anfänger auf dem Gebiete der Chirurgie der Gallenblase — und schliesslich sind wir doch alle einmal Anfänger gewesen — veranlasst werden, mit grösserem Vertrauen und häufiger wie bisher derartige Operationen auszuführen, so könnte ich hierin kein Unglück erblicken. Dass der Chirurg, der sein Interesse den Gallensteinerkrankungen zuwendet, die gleiche Geschicklichkeit und Gewissenhaftigkeit besitzen muss, welche auch zur Ausführung anderer schwieriger Operationen unerlässlich sind, das ist natürlich eine selbstverständliche Bedingung.

Aerztliche Standesangelegenheiten.

Der kgl. bayer. Operationscurs für Militärärzte.

In diesen Tagen sieht der Operationscurs auf eine 40 jährige Thätigkeit zurück, indem er durch Allerhöchste Entschliessung vom 7. März 1860 in das Leben gerufen worden war. Diese Entschliessung entsprang Allerhöchst eigener Initiative Seiner Majestät König Maximilian II. in der Fürsorge für sein Heer, um demselben eine grössere Anzahl tüchtiger, in der chirurgischen Technik bewanderter Aerzte zu verschaffen.

Anfänglich und zwar bis zum Jahre 1870 war ein Generalmajor und Brigadecommandeur der Garnison München, welchem der jeweilige Oberstabsarzt des Generalcommando München beigegeben war, Vorstand des Operationscurses. Erster Docent war der damalige Bataillonsarzt nachmalige Excellenz Generalstabsarzt à l. s. des Sanitätscorps, Dr. Ritter v. Lotzbeck, welcher im Jahre 1881 als Generalarzt 2. Cl. Vorstand des Operationscurses wurde. Als zweiter Assistent fungirte der demselben beigegebene Assistent.

Die Unterrichtsfächer waren:
a) Operationslehre,
b) chirurgische Klinik (im Militärkrankenhause),
c) Operationsübungen.

Der Unterricht wurde anfänglich im alten Militärkrankenhause in der Müllerstrasse gegeben, bis im Jahre 1862 ein eigenes kleines Gebäude im Areal des Krankenhauses errichtet wurde. Nach Auflassung des alten Militärkrankenhauses wurde 1873 ein ähnliches ebenerdiges Gebäude im Garten des neuen Garnisonslazarethes errichtet, welches jedoch mit der Zeit nicht mehr entsprach. Das Lehrprogramm hatte nämlich, insbesondere durch den zweiten Docenten und späteren Vorstand des Curses, jetzigen Generalarzt z. D., Dr. Port, eine Erweiterung erfahren, indem mit praktischen Uebungen verbundene Vorträge über Transportwesen, Improvisationen, Epidemiologie und Hygiene gehalten wurden, wozu 1875 noch ein von dem damaligen Stabsarzt Dr. Seggel gegebener Augenuntersuchungscurs, von 1877 an mit Augenklinik verbunden, hinzugetreten war. Ausserdem wurde noch von Port eine bis jetzt fortgeführte umfassende Salubritätsstatistik für sämmtliche bayerische Garnisonen und Kasernen in's Leben gerufen. Die Vermehrung der Räume, welche überdies auch durch das Anwachsen der Sammlungen und des Unterrichtsinventars erforderlich wurde, wurde durch das Aufsetzen eines Obergeschosses erreicht.

Mit der weiteren Ausdehnung des Wirkungskreises — Stabsarzt Buchner lehrte nun Bacteriologie und Hygiene, die Professoren Helferich und v. Angerer, an deren Stelle dann Oberstabsarzt Seydel trat, wirkten als Lehrer der Kriegschirurgie und als Operationsleiter — waren aber auch diese Räume zu eng geworden und es wurde nun auf Antrag des damaligen Vorstandes, Generalarztes Dr. Anton Vogl, ein im grösseren Stil angelegter Ergänzungsbau im Jahre 1894 durchgeführt, so dass das nun auch im Aeussern stattliche Gebäude ausser mehreren Arbeitszimmern für den Vorstand und 2 Docenten, einem Bureauzimmer und einer Werkstätte (für Spängler- und Schreinerarbeiten) einen grossen Bibliothek- und Lehrsaal, je 2 Säle mit Nebengelassen für das chemische und hygienische Laboratorium, ferner je einen Operations-, Sections-, Mikroskopir- und Demonstrationssaal mit werthvollen Sammlungen, sowie endlich einen Dunkelraum für

Radioskopie und Radiographie enthält. Für Versuchsthiere ist ein eigenes Stallgebäude errichtet worden.

In dem chemisch-hygienischen Laboratorium, welches zugleich als hygienisch-chemische Untersuchungsstation dient, wurden im Laufe der letzten Jahre unter anderen grösseren Untersuchungen über Wasserversorgung von Garnisonen und Lagern, Verwendbarkeit neuer Eiweisspräparate, Conservirung von frischem Fleisch und Brod, Zinngehalt der Fleischconserven, welche überhaupt einer periodischen Controle unterworfen werden, und über die Wirksamkeit der biologischen Abwasserreinigungsanlagen gemacht.

So wurde denn der ursprüngliche Operationscurs mit seinem hauptsächlich auf Ausbildung der chirurgischen Thätigkeit gerichteten Ziele, den Anforderungen und Bedürfnissen der neuen Zeit entsprechend, unter Heranziehung sämmtlicher Stationen des k. Garnisonslazarethes ein Fortbildungscurs für die bayerischen Militärärzte, in welchem die wichtigsten Disciplinen der Gesammtmedicin und des Militärsanitätswesens insbesondere gelehrt und geübt werden.

Es werden jetzt von dem Vorstande und den 3 etatmässigen Docenten des Curses: Generalarzt Seggel und den Oberstabsärzten Schuster, Seydel, Hummel, sowie von dem Stabsarzte Deichstetter und noch von einer Reihe anderer sehr schätzenswerther Lehrkräfte an jüngere Sanitätsofficiere des Friedensstandes in jährlich 2 Cursen mit von 2 auf 3 Monate verlängerter Dauer und in einem dreiwöchigen Curse für Militärärzte des Beurlaubtenstandes, an Letztere mit der durch die kürzere Dauer gebotenen Einschränkung, in folgenden Fächern, vorzugsweise in praktischer und militärischer Richtung, Unterricht ertheilt: Hygiene mit Nahrungsmitteluntersuchungen — Bacteriologie und Immunisirung — die wichtigsten inneren Erkrankungen, incl. Syphilis und Geisteskrankheiten — Chirurgie mit Operationsübungen — Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde — Massage — Organisation, Ausrüstung und Aufgaben der Sanitätsformationen bei der Feldarmee, dem Etappen- und Eisenbahnwesen incl. der Wirksamkeit der freiwilligen Krankenpflege. Hieran schliesst sich die Etablirung eines Feldlazarethes und die feldmässige Uebung eines Sanitätsdetachements. Ausser dem Operiren üben sich die Theilnehmer des Curses auch in der Vornahme von Sectionen und lernen die Vaccinegewinnung und die sanitären Einrichtungen der Stadt München kennen.

Endlich wird noch seit einem Jahre ein sanitäts-tactischer Curs von einem Stabsofficiere des k. Generalstabes gehalten, in welchem zunächst Kartenlesen und Krokiren, dann die Organisation des Feldsanitätsdienstes in seinen Beziehungen zur Truppenführung gelehrt werden und schliesslich im Vereine mit dem Vorstande des Curses die Maassnahmen vorzugsweise der leitenden Sanitätsofficiere bei der Vorbereitung zum Kriege, beim Aufmarsche und im Gange des Gefechtes, sowie bei dem Kranken- und Verwundetentransport bis in die Heimath in einem durch mehrere Tage fortgeführten Kriegsspiele, theilweise auch beim Begehen im Gelände, eine eingehende und sehr instructive Besprechung erfahren. An diesem Curse nehmen auch je 6 obere Militärärzte der Garnison München theil.

Während der Curspausen finden bacteriologisch-mikroskopische Wiederholungscurse und Operationsübungen statt und fungiren die betreffenden Docenten als Ordinirende ihrer Stationen weiter. Ordnungsmässige Curse haben bis jetzt 142 stattgefunden mit 672 Militärärzten, darunter 146 des Beurlaubtenstandes, als Theilnehmern.

Diese mehr in ihrer äusseren Gestaltung geschilderte Fortentwicklung des Operationscurses — die innere Thätigkeit wurde durch Excellenz Generalstabsarzt Dr. v. Vogl im Jahrgang 1897 dieser Zeitschrift treffend dargestellt — hat derselbe zuvörderst der Förderung von Seiten Höchster Stelle und der hohen Chefs der Medicinalabtheilung des k. Kriegsministeriums zu verdanken, welche als frühere Vorstände des Curses demselben wärmstes Interesse entgegentrugen.

Die Thätigkeit und Leistungen des Operationscurses können wohl nicht besser charakterisirt werden als durch den einmüthigen Ausspruch hoher und höchster Militärärzte der deutschen und österreichisch-ungarischen Armee und Marine, sowie fremdländischer Armeen, welche gelegentlich der hiesigen Aerzte- und Naturforscherversammlung im vorigen Jahre den Operationscurs besichtigten: „Dass derselbe als Institut für Fortbildung der Militärärzte und als Untersuchungsstation sowohl der Vollkommenheit seiner Einrichtungen als auch der segensreichen Wirkung für die Armee nach einzig in seiner Art und als Musteranstalt dastehe".

S.

Referate und Bücheranzeigen.

L. Edinger: Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere. Für Aerzte und Studirende. VI., umgearbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1900. 12 M.

Seit dem Erscheinen des Edinger'schen Buches in seiner V. Auflage sind nur wenige Jahre vergangen, allein auch in diesem kurzen Zeitraum hat sich das Wissen auf dem Gebiete der nervösen Centralorgane beträchtlich vermehrt, eine Thatsache, welcher der Autor bei Bearbeitung der neuen Auflage in dankenswerthester Weise Rechnung getragen hat. Dass dies geschehen ist, ohne dass das Werk in seinem Volumen eine bedeutende Aenderung (es handelt sich nur um eine Vermehrung von 44 Seiten) erfahren hat, verdient alle Anerkennung, denn es spricht für eine kluge und zielbewusste Sichtung des grossen Materiales, für eine zweckentsprechende Anpassung der Kernpunkte an das Bedürfniss derjenigen Kreise, für welche Edinger geschrieben hat: für „Aerzte und Studirende". In den Einzeltheilen sehen wir vielfach die verbessernde Hand angelegt, so namentlich im histologischen Theil, wo die neueren Untersuchungsresultate von Apáthy und Bethe Berücksichtigung finden. Dasselbe gilt auch für den vergleichend-anatomischen Abschnitt, wo nicht unwesentliche Zusätze und Abbildungen, wie z. B. beim Haifisch- und Vogelgehirn, gemacht wurden, Verbesserungen, die durchweg auf eigenen, gründlichen Untersuchungen beruhen. So sind auch die Abbildungen des I. und II. Theiles von 123 Nummern der V. Auflage auf 147 vermehrt und am Schlusse des Buches noch 2 chromo-lithographische Tafeln beigegeben worden, welche die Leitungsbahnen zwischen Medulla, Medulla oblongata und Kleinhirn, sowie die Verbreitungsgebiete der sensiblen Nerven in der äusseren Haut (nach Kocher) darstellen. Sehr lehrreich sind u. a. auch die neu eingefügten v. Kupffer'schen Kopfnervenbilder von Ammocoetes, sowie die Herrik'schen von Menidia, kurz allerorts macht sich seitens des Herrn Verfassers das Bestreben geltend, selbst Hand anzulegen, oder wo dies nicht immer möglich ist, den Fortschritten der Neurologie durch kritische Sichtung und souveräne Beherrschung des von aussen zufliessenden, gewaltigen Materiales gerecht zu werden.

So dürfen wir die VI. Auflage des Edinger'schen Buches mit lebhafter Freude begrüssen und dieselbe als eine Zierde deutschen Fleisses und deutscher Gründlichkeit bezeichnen.

Freiburg i. B., Februar 1900. Wiedersheim.

Ralf Wichmann: Die Rückenmarksnerven und ihre Segmentbezüge. Ein Lehrbuch der Segmentaldiagnostik der Rückenmarkskrankheiten. Mit 76 Abbildungen und 7 farbigen Tafeln. 279 S. Berlin W. 30, Otto Salle, 1900. M. 12.—.

Theodor v. Renz, bei dem W. mehrere Jahre Assistent war, hatte sich schon vor Jahren die Aufgabe gestellt, für jeden Körpermuskel und für jeden Hautnerven den Wurzelbezug, das Rückenmarkssegment, zu bestimmen, um geeignetenfalls mit Aussicht auf Erfolg operativ vorgehen zu können. Wie sehr ein solches Unternehmen berechtigt war, hat die Rückenmarkschirurgie mit ihren Erfolgen inzwischen sattsam erwiesen. Renz konnte seine Absicht nicht ausführen, Krankheit und Tod hinderten ihn daran. Renz hatte nur aus den ihm zur Verfügung stehenden anatomischen Atlanten und Lehrbüchern und unter Verwerthung eigener Untersuchungen zusammengestellt, wie sich die einzelnen Rückenmarksnerven zusammensetzen, wie sie weiterhin verlaufen und welche (quergestreiften) Muskeln, welche Hautpartien sie innerviren. Diese Notizen, von W. zeitgemäss umgearbeitet, bilden den ersten Theil der vorliegenden Arbeit, den anatomischen Theil.

Die klinische Seite der gestellten Aufgabe, welche Renz noch nicht in Angriff genommen hatte und deren Bearbeitung somit W. allein zufiel, bilden den zweiten Theil. Auf Grund eigener Erfahrungen, sowie unter ausgiebigen Verwerthung der klinischen Beobachtungen Anderer, zeigt W., welche Innervationsstörungen der Musculatur oder der Haut die Erkrankung eines jeden einzelnen Rückenmarkssegments vom I. Cervicalsegment herab bis zum V. Sacralsegment, nach sich ziehen kann. Dabei bestätigt sich natürlich immer der bekannte Grundsatz, dass jeder Muskel, abgesehen von den kleinsten Wirbelsäulenmuskeln, jedes Hautgebiet am Rumpf und an den Extremitäten aus mindestens 2, oftmals 3 oder noch mehr Wurzeln des Rückenmarks versorgt wird. Die Resultate, die sich hierbei ergeben, stimmen recht gut überein mit den auf dem rein anatomischen Wege gewonnenen Anschauungen.

Der dritte Theil gibt kurz, übersichtlich eine Zusammenstellung der motorischen und sensiblen Ausfallssymptome bei den Querschnittserkrankungen der einzelnen Rückenmarkssegmente; er wird in Verbindung mit den anschaulichen Farbentafeln ein brauchbarer und schätzenswerther Führer bei der Segmentaldiagnose werden.

E. Schultze-Bonn.

Glax: Lehrbuch der Balneotherapie. 2 Bände, F. Enke, 1900. Preis geh. 24 Mark.

Ein vortreffliches, mit ganz ausserordentlichem Fleiss bearbeitetes Werk, welches eine Lücke in der medicinischen Lite-

ratur auszufüllen bestimmt ist; in zwei starken Bänden gibt der Verfasser eine wirklich meisterhaft zu nennende Darstellung nicht nur der Balneotherapie im Allgemeinen, sondern auch speciell der Hydrotherapie, der Klimatotherapie und der Balneodiätetik. Alle hierauf bezüglichen Fragen werden mit solcher Gründlichkeit und wissenschaftlicher Kritik behandelt, dass dem Arzte, der sich über die fraglichen Gebiete orientiren will, weitere literarische Hilfsmittel entbehrlich werden; derjenige aber, der sich eingehender mit den einzelnen Zweigen der Balneotherapie beschäftigen muss, findet in den, jedem Capitel angefügten ausführlichen Literaturverzeichnissen alle wünschenswerthen Aufschlüsse.

Den ersten Band seiner Balneotherapie beginnt Glax mit der Hydrotherapie; die meisten Wirkungen der Badecuren gipfeln in der physiologischen Wirkung des Wassers auf die Haut, in seinen thermischen, mechanischen und chemischen Reizwirkungen. Die möglichst genaue Erkenntniss der physiologischen und therapeutischen Wirkung des gewöhnlichen Wassers bei innerer und äusserer Anwendung bildet nach Glax die wissenschaftliche Grundlage für die gesammte Heilquellenlehre. Schon durch diese Anschauung allein documentirt das Lehrbuch von Glax seine Ueberlegenheit über andere balneologische Lehrbücher. Der erschöpfenden Darstellung der Hydrotherapie folgt die Balneotherapie im engeren Sinne, die Behandlung mit den Heilquellen. Auch hier ist die physiologische Wirkung der Bäder und Trinkcuren für den Verfasser der Ausgangspunkt seiner Darstellung. Zahlreiche vergleichende Tabellen erleichtern die Uebersicht über die chemischen und physikalischen Eigenschaften der einzelnen Quellen. In dem Capitel Klimatotherapie finden wir eine Schilderung aller derjenigen Factoren, welche beim Klima von Einfluss auf den menschlichen Organismus sein können, die Wirkung des Feuchtigkeitsgehalts der Luft, des Luftdrucks, der Wärme, der Besonnung, der Luftbewegung genau berücksichtigend. Ein grosser Vorzug dieser und anderer Capitel ist es, dass das Material in so übersichtlicher Weise geordnet ist, dass es trotz der grossen Fülle an verarbeitetem Stoff sehr leicht ist, sich über bestimmte Fragen zu orientiren.

Ganz besonderes Interesse, weil in der Art seiner Bearbeitung originell und anregend, bietet der II. Band des Glax'schen Lehrbuches. Wenn der praktische Arzt die Hydrotherapie, die Balneotherapie und Klimatotherapie etwas stiefmütterlich zu behandeln pflegt, so hat dies vielleicht vielfach seinen Grund darin, dass ihm ein Lehrbuch fehlte, in welchem er analog der internen und chirurgischen Therapie für jede Krankheit genau fixirte hydropathische und balneotherapeutische Indicationen aufgestellt findet. Gerade diese Lücke füllt Glax in wirklich dankenswerther Form durch den I. Theil seines II. Bandes, die balneotherapeutische Klinik aus.

Sämmtliche der Balneotherapie und ihren Abtheilungen zugänglichen Krankheiten werden namentlich aufgeführt; die Indicationen für die verschiedenen balneotherapeutischen Maassnahmen werden festgestellt, die physiologische Wirkung der empfohlenen Therapie kritisch erörtert und genaue Vorschläge gemacht, welche hydropathische Proceduren, welche Badeorte, welches Klima, welche Trinkcuren unter bestimmten Verhältnissen bei der betreffenden Krankheit zu empfehlen oder zu widerrathen sind; dieser Abschnitt des Buches allein würde genügen, um dasselbe jedem Praktiker warm zu empfehlen. Sehr werthvoll ist auch der 2. Theil des II. Bandes, die Balneographie.. In diesem Theil gibt der Verfasser in prägnanter Kürze alles wissenswerthe über sämmtliche einigermaassen bekannte Curorte, Bäder, Anstalten; dieser Theil ersetzt die vielen Bäderalmanache und Führer durch die Curorte, deren Bestehen meist auf eine Combination buchhändlerischer Speculanten und annoncenzahlender Interessenten zurückzuführen ist und somit keine grosse Garantie für Vollständigkeit und Richtigkeit gewährt. Es wäre nur empfehlenswerth gewesen, wenn Glax diesen Theil als selbstständigen Anhang angefügt hätte, der jedes Jahr in neu revidirter Ausgabe zu erscheinen hätte, da gerade bei diesem Theil eine sehr rasche Entwerthung zu befürchten ist. Vielleicht kann Verfasser bei einer 2. Auflage, die bei den grossen Vorzügen des Buches nicht lange auf sich warten lassen wird, eine derartige Trennung des wissenschaftlichen Theiles vom balneographischen veranlassen. Die Ausstattung des Buches ist eine vortreffliche.

R. v. Hoesslin - Neuwittelsbach.

Stereoskopischer medicinischer Atlas, herausgegeben von **Neisser.** 32. Lieferung. **Gerichtliche Medicin,** 4. Folge, redigirt von **Lesser.** Leipzig. J. A. Barth. Preis 5 M.

Die Empfehlung der 1. bis 3. Folge (siehe diese Wochenschrift 1899, S. 866) gilt in jeder Beziehung auch für die vorliegende 4. Folge, welche auf 12 Tafeln mit begleitendem Text Erkrankungen, sowie prae- und postmortale Verletzungen des Halses behandelt. Die erste Tafel enthält Abbildungen von angeborenem, nach der Ansicht Lesser's vor Beginn der Geburt acquirirtem Larynxoedem, die nächste illustrirt das postmortal entstandene Larynxoedem eines Ertrunkenen und die dritte eine primäre Phlegmone des Kehldeckels, welche nach kurzer Erkrankung plötzlich zum Tode führte. Dem Texte zu den beiden nächsten Tafeln, welche Blutungen im Rachen und Kehlkopfe in Folge Würgens abbilden, schickt L. Bemerkungen über die Verletzung von Halsorganen bei ärztlichen Hilfeleistungen voran. 5 weitere Tafeln bilden experimentell nach dem Tode mit einem runden hölzernen Hammer erzeugte Verletzungen der Halsorgane ab; auffallend und wichtig ist das postmortale Entstehen von Blutungen in den verschiedenen Schichten des Halses. Die beiden letzten Bilder stellen eine Pharyngitis crouposa nach Einwirkung von Kalilauge und eine katarrhalische Pharyngitis, croupöse Laryngitis und Tracheitis nach Trinken einer 50 proc. Chlorzinklösung dar.

Dr. Carl Becker.

Neueste Journalliteratur.

Zeitschrift für klinische Medicin. XXXIX. Bd., 3. u. 4. Heft.

10) Pappenheim - Königsberg: **Ueber Lymphaemie ohne Lymphdrüsenschwellung.** (Aus der med. Klinik von Professor Lichtheim.)

An der Hand zweier Krankengeschichten wird die Pathogenese der lymphatischen Leukaemie erörtert und die Neumann'sche Ansicht vertreten, dass jede Art von Leukaemie, auch die lymphatische, Folge einer hyperplastischen Knochenmarkswucherung ist. Befällt der krankhafte Wachsthumsreiz zuerst oder allein die Milz oder Lymphdrüsen, so resultirt bloss Pseudoleukaemie.

Die Biermer'sche (essentielle perniciöse) Anaemie beruht nicht auf primärer plastischer Markveränderung, sondern auf primärer Bluterkrankung, die man im Gegensatz zu anderen schweren Anaemien als „kryptogenetische" Anaemie bezeichnen könnte, mit secundärer ungenügender Blutneubildung im Knochenmark.

11) Hladik - Wien: **Zur Kenntniss der Alkaleszenzbestimmung in kleinen Blutmengen.** (Aus dem k. k. Garnisonsspital, Abtheilung des k. k. Stabsarztes Pick.)

Zu kurzem Referate nicht geeignet.

12) Strauss: **Untersuchungen über alimentäre, „spontane" und diabetische Glykosurien unter besonderer Berücksichtigung des Kohlehydratstoffwechels der Fiebernden und der Potatoren.** (Aus dem städt. Krankenhaus Frankfurt, Prof. v. Noorden.)

Gründliche Untersuchungen der Zuckerausscheidung nach Darreichung von 100 g Zucker oder einer entsprechenden Menge von Stärke (167 g Weissbrod oder 120 g Reis) ergaben Folgendes:

Bei 12 zu alimentärer Glykosurie disponirten Fällen liess sich neben Glykosurie nach Zuckerdarreichung 8 mal auch solche nach Stärkedarreichung erzielen. Die in diesem Falle ausgeschiedene Zuckermenge blieb aber weit hinter der nach Zuckerdarreichung zurück, und dauerte auch kürzere Zeit an. Längere Zeit anhaltende Kohlehydratdarreichung setzte die Toleranz für Kohlehydrate relativ häufig herab, ein Verhalten, das die alimentäre Glykosurie dieser Versuchspersonen als verschieden von der „physiologischen Glykosurie" erscheinen lässt.

Die Glykosurie dreier Diabetiker wurde im Gegensatz zu den Beobachtungen anderer Autoren durch Stärkedarreichung mehr gesteigert als durch Zuckerdarreichung.

Bei 5 Fieberkranken konnte das Auftreten alimentärer Glykosurie nicht bloss „e saccharo" sondern auch „ex amylo" constatirt werden.

Bei einer grossen Zahl von Potatoren fand sich Disposition zu alimentärer Glykosurie, so lange sie unter dem directen Einfluss des Alkohols standen. In der Abstinenzzeit verschwand sie. In 5 (von 20) Fällen bestand bei Alkoholexcessen „spontane Glykosurie" (Zuckerausscheidung nach gemischter Nahrung). In wie weit hiebei reine Alkoholwirkung in Frage kommt, in wie weit eine bestehende Polyurie, die Schädigung des Nervensystems oder specifische Stoffwechselvorgänge bei Deliranten ist noch nicht zu entscheiden.

Bei einem zu alimentärer Glykosurie disponirtem Alkoholepileptiker wurde die Toleranz für Kohlehydrate direct nach einem epileptischen Anfall als erhöht gefunden.

Verfasser ist geneigt, die alimentäre Glykosurie ex amylo von der e saccharo nicht principiell, sondern nur graduell verschieden anzunehmen und beide als mildeste Erscheinungsformen einer echt diabetischen Glykosurie aufzufassen.

13) W e n c k e b a c h - Utrecht: **Zur Analyse des unregelmässigen Pulses.** (Fortsetzung von Bd. 37, p. 475.) **III. Ueber einige Formen von Allorhythmie und Bradycardie.** (Mit 1 Tafel.)

Unter Allorhythmie versteht man die regelmässige Wiederkehr von Unregelmässigkeiten in einer rhythmischen Bewegungsform. Echte Herzallorhythmien — der Pulsus paradoxus rührt von einem Einfluss der Athmung her und gehört nicht hieher — sind der Pulsus alternans und bigeminus. Die Intermissionen, welche in diesem Falle nach jedesmal 2 Pulsschlägen auftreten, können sich auch häufen, es können 2, 3 und noch mehr Intermissionen auf einander folgen. Tritt endlich nach jeder Pulswelle eine Intermission auf, so entsteht eine reine Bradycardie. Eine noch stärkere Abnahme des Leitungsvermögens für motorische Reize, Ausfallen von 2 oder 3 Systolen, liegt in der S t o k e s - A d a m s'schen Krankheit vor (anfallweises Auftreten excessiver Bradycardie). Einige Fälle von intermittirendem Puls und Bradycardie werden sphygmographisch analysirt.

14) Suleiman B e y - Constantinopel: **Zur physiologischen Chemie der Pentosen und Methylpentosen.** (Aus der I. med. Klinik Berlin, Geh. Rath v. L e y d e n.)

Besprechung einiger neuer Verbindungen der Pentosen, ihrer Reindarstellung als Baryumdipentosate und ihrer Trennung von Rhamnose (einer Methylpentose).

15) Axel J o h a n n e s s e n: **Ueber chronischen Gelenkrheumatismus und Arthritis deformans im Kindesalter.** (Mit 1 Tafel.) (Aus der paediatr. Klinik Christiania.)

Nach einer Einleitung, in der die historische Entwicklung der Diagnostik der chronischen Gelenkkrankheiten dargestellt wird, bringt Verfasser 3 ausführliche Krankengeschichten, die durch Curven, Photographien und Röntgenogramme illustrirt sind und auch zum Theil Stoffwechselversuche und Bestimmungen der Phosphorsäureausscheidung enthalten. Die Fälle sind ein werthvoller Beitrag zur Differentialdiagnostik der Arthritis deformans und des chronischen Gelenkrheumatismus.

16) B u r m i n - Moskau: **Die Alkaleszenz des Blutes bei einigen pathologischen Zuständen des Organismus.**

Verminderung der Blutalkalescenz findet sich vor Allem bei Chlorose, dann bei den verschiedensten anderen Krankheiten, meist — aber durchaus nicht immer — solchen, die mit Anaemie einhergehen. Nach Trinken von Vichywasser wurde Steigerung der Blutalkalescenz beobachtet.

17) **Kritiken und Referate.**

K e r s c h e n s t e i n e r - München.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie.

Band III, Heft 8. 1900.

1) Heinrich K i s c h - Prag-Marienbad: **Die diätetische Behandlung der Frauen im Alter der Menopause.**

Bei den Beschwerden des Klimakteriums, deren Ursache theils in Circulationsstörungen mit dem Charakter der Blutstockung und Blutwallung, theils in Affectionen des Nervensystems mit den Symptomen leichter Sensibilitätsstörungen, Neuralgien und selbst psychischer Erkrankungen zu suchen ist, fällt der Ernährungstherapie eine dankbare Aufgabe zu.

K. verbietet im Allgemeinen jede Uebérernährung. Die Diät muss reizlos sein, am besten bestehend in einer gemischten Kost. Alkohol, starker Kaffee und Thee ist zu vermeiden, viel Wassergenuss empfehlenswerth. Die Mahlzeiten sollen nicht zu reichlich, aber öfters genommen werden.

Bei Neigung zur Fettleibigkeit ist eine gelinde, entfettende Verordnung angezeigt.

Auf die Regulirung der Darmthätigkeit ist grosses Gewicht zu legen.

Bei sehr gesteigerten klimakterischen Beschwerden ist eine nicht zu strenge Milchdiät indicirt.

Nervösen Erregungszuständen gegenüber erweisen sich warme Bäder als zweckmässig.

2) F. B u t t e r s a c k: **Der Werth der Beschäftigung in der Krankenbehandlung. (Beschäftigungstherapie.)** (Aus der I. medicinischen Klinik zu Berlin.)

Mit bewunderungswürdigen medicinisch-historischen Kenntnissen sucht B. sowohl von physiologischen wie psychologischen Gesichtspunkten aus in einer sehr lesenswerthen Abhandlung den Beweis zu erbringen, dass eine stärkere Betonung der psychischen Behandlung, namentlich aber eine rationelle Beschäftigung und psychische Ablenkung der Kranken eine nicht zu unterschätzende Aufgabe der Therapie ist, während wir bisher uns bei der die gesammten Functionen des Organismus herabstimmenden Langweile eines grossen Vortheils in der Behandlung von Kranken und Reconvalescenten begaben.

Verfasser schildert dann den auf seiner Station mit Erfolg eingeführten Modus der Krankenbeschäftigung.

3) B a s l e r - Tübingen: **Die blutreinigende Diät bei Galen** (*περὶ λεπτυν ού σης διαίτης.*)

„Erst durch die Erforschung der Vergangenheit lernen wir das Neue verstehen."

Von diesem aus dem Chinesischen stammenden Spruche geleitet entrollt uns B. auf Grund eingehenden Quellenstudiums ein Bild von den physiologischen, pathologischen und pharmakodynamischen Anschauungen der Alten.

4) A. F r e y - Baden-Baden: **Die Heissluftdouche und ihre Bedeutung in der Aërotherapie.**

Verfasser beschreibt einen von ihm construirten elektromotorisch functionirenden Apparat, mit dem man jeden beliebigen Körpertheil einem genau regulirbarem Strome heisser und auch kalter Luft aussetzen kann.

Diese Vorrichtung hat abgesehen von der bequemen Art der Anwendung vor den übrigen Heissluftapparaten den Vorzug, dass unter dem Einflusse der stark zuströmenden und dadurch fortwährend erneuerten heissen Luft die Wärmezufuhr auf der behandelten Stelle ungleich grösser ist, als bei der Einwirkung nicht so bewegter Luft.

Unter der Hitzeeinwirkung tritt zuerst Blässe, dann starke Hyperaemie, Succulenz, Schlaffheit und Volumenszunahme des betreffenden Körpertheiles ein. Mit der Hauttemperatur steigt daselbst die Schweisssecretion. In Folge der Erschlaffung der Hautdecken tritt eine Erweiterung der tiefergelegenen Blut- und Lymphbahnen ein.

Eine gerade unter diesen Bedingungen gleichzeitig mit der Luftdouche geübte Massage hat sich dem Verfasser bei alten rheumatischen und gichtischen Veränderungen, Neuralgien vorzüglich bewährt.

5) August R i c h t e r - Münster: **Beiträge zur Behandlung des chronischen Magengeschwürs.**

Im Anschlusse an die Mittheilung eines casuistischen Falles schwerer Magenblutung bei einer Bluterin bespricht Verfasser die von ihm in Fällen von Magengeschwüren eingeschlagene Therapie; speciell in dem erwähnten Falle hat Verfasser eine längere Zeit fortgesetzte, aber immer wieder periodenweise durch Milchzufuhr per os unterbrochene, rectale Ernährung mit bestem Erfolge angewendet.

6) A. B r a s c h - Bad Kissingen: **Ueber die chemische Constitution und Wirkung der anorganischen Salzlösungen nach den Theorien der modernen Chemie.**

Verfasser vertritt die Ansicht, dass die Wirkung anorganischer Salzlösung, wie der Mineralwässer, nicht lediglich wie bisher vom elementaranalytischen Standpunkt aus betrachtet werden darf, sondern dass bei der Erforschung ihres Einflusses auf den menschlichen Organismus vor Allem das physikalisch-chemische Verhalten derselben einer eingehenden Würdigung bedarf.

Nach neueren Untersuchungen nämlich beruhen sämmtliche Reactionen anorganischer Salzlösungen auf der elektrolytischen Dissociationskraft ihrer Molecule, welche im umgekehrten Verhältniss zur Concentration der Lösungen steht. Die Concentrationseinheit zu vergleichender Flüssigkeiten ist aber keine willkürliche, sondern muss dem Aequivalentgewichte des betreffenden Salzes entsprechen.

B. sucht nun zu beweisen, dass die Resorption dieser Lösungen im Magendarmcanal und die Wirkung auf die Körperfunctionen von der Anzahl und Beschaffenheit der durch elektrolytische Dissociation entstehenden freien Molecüle — Jonen — abhängig ist.

Auf Grund dieser Voraussetzungen glaubte er sich in theoretischer Deduction zu einem Vergleiche der therapeutischen Wirkung des Kissinger Rakoczy mit der des Karlsbader Sprudels berechtigt.

M. W a s s e r m a n n - Berlin.

Centralblatt für innere Medicin. 1900. No. 6, 7 u. 8.

No. 6. L. H o f b a u e r: **Ueber das Vorkommen jodophiler Leukocyten bei Blutkrankheiten.** (Aus der II. med. Klinik in Wien.)

Nur in den schweren, prognostisch ungünstigeren Fällen (Anaemia gravis und perniciosa) finden sich jodophile Leukocyten, während in den leichteren Fällen (Chlorose, Anaemie etc.) dieselben fehlen. Bis zu einem gewissen Grade scheint die Intensität der Jodreaction der Schwere der Erkrankungen parallel zu gehen, indem einerseits bei der perniciösen Anaemie und den ad exitum führenden Fällen von Anaemia gravis gegen das Lebensende zu die jodempfindlichen Leukocyten erst auftreten, resp. an Zahl zunehmen und auch ausgesprochenere Färbung aufweisen, andererseits bei Uebergang einer Anaemia gravis in Heilung die Jodreaction zeigenden Leukocyten aus dem Blute verschwinden. Es kommt mithin der Jodreaction im Blute Anaemischer nicht bloss eine differentialdiagnostische, sondern auch bis zu einem gewissen Grade eine prognostische Bedeutung zu.

Bei der Leukaemie ist die Jodreaction der Leukocyten positiv, bei der Pseudoleukaemie und Anaemia pseudoleukaemica infantum negativ.

No. 7. G. R o s e n f e l d - Breslau: **Untersuchungen über Kohlehydrate.** (I. Mittheilung.)

Verfasser berichtet über Versuche, welche Veränderungen einige bisher wenig studirte Alkohole, Säuren und Derivate im Organismus erfahren. (Hexosen, Hexite, Pentacetylderivate.) Die Ergebnisse sind im Original nachzusehen.

No. 8. Jul. A. G r o b e r: **Quantitative Zuckerbestimmungen mit dem Eintauchrefractometer.** (Aus der medicinischen Klinik in Jena.)

Vergl. das Referat in No. 8, S. 302. W. Z i n n - Berlin.

Centralblatt für Gynäkologie. 1900, No. 8.

1) A. F u n k e - Strassburg i. E.: **Belastungstherapie bei Retroflexio uteri gravidi.**

F. empfiehlt die schon früher von ihm gegen chronisch-entzündliche Beckenorganaffectionen und Lageveränderungen verwendete Belastungstherapie mittels Schrotbeutel oder Quecksilberkolpeurynter auf Grund von 5 Fällen auch zur Beseitigung des retroflectirten schwangeren Uterus. Im letzten Falle war schon nach einer halben Stunde der Uterus vollkommen aufgerichtet.

Als Vortheile der Methode nennt F. Sicherheit, Unschädlichkeit und Entbehrlichkeit der Narkose.

2) O. Schaeffer-Heidelberg: **Ueber Zerreissung des Scheidengewölbes sub coitu und andere seltenere Cohabitationsverletzungen.**

Die zuerst erwähnte Verletzung beobachtete Sch. bei einer 49 jährigen hysterischen I. Para, die an Vaginismus und Pruritus litt. Der Riss, 2½ cm tief und 4 cm lang, sass rechts in der Scheide und befand sich unter der Basis des rechten Lig. latum. Umstechung und Naht der Wunde. Während der Operation trat plötzlich eine allgemeine Urticaria auf. Heilung.

Von sonstigen Cohabitationsverletzungen erwähnt Sch. die oft zufällig gefundenen Narbenstränge im oberen Theil der Scheide, die besonders bei anaemischen und decrepiden Frauen vorkommen und von denen Sch. 5 Fälle citirt. Ferner berichtet Sch. über die Losreissung der hinteren Basis des Hymens und Verletzungen des rectovaginalen Septums, endlich über Verletzungen vorderer Commissurentheile, vor Allem der Nymphen, die in Verbindung mit einem abnorm resistenten Hymen stehen.

Alle diese Verletzungen haben speciell auch ein forensisches Interesse; es soll bei derartigen Untersuchungen ausser der Inspection noch auf Krampferscheinungen der Beckenbodenmusculatur an der nicht narkotisirten Patientin geachtet werden.

3) M. Sperling-Königsberg: **Wöchnerinnenasyl und Reform der Geburts- und Wochenbettshygiene.**

Sp. schlägt als Bindeglied zwischen den Wöchnerinnenasylen und den Hebammen die Einführung geburtshilflich antiseptisch geschulter Helferinnen vor, die sich aus den gebildeten Ständen recrutiren und als Hauspflegerinnen fungiren sollen. Nähere Einzelheiten mögen im Original nachgelesen werden.

Jaffé-Hamburg.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. XXXII, Heft 3.

Ascher: **Untersuchungen von Butter und Milch auf Tuberkelbacillen.**

27 Proben Butter von 22 Entnahmestellen in Königsberg liessen 2 mal Tuberkelbacillen bei Thierimpfung auffinden, nie die tuberkelbacillenähnlichen Stäbchen. Von 17 Milchuntersuchungen war eine positiv. Bei den Untersuchungen wurde stets Milch verwendet, die bei den ersten Melkstrichen erhalten war.

W. Hesse: **Die Typhusepidemie in Löbtau im Jahre 1899.**

Die Epidemie wurde auf die Infection der einen städtischen Wasserversorgung zurückgeführt. Die Krankheit beschränkte sich fast durchaus auf dieses Gebiet der Stadt. Im Wasser wurden keine Typhusbacterien aufgesucht, aber die Gruber-Widal'sche Probe sehr brauchbar zur Diagnose zweifelhafter Typhusfälle gefunden.

Gerda Troeli-Peterson: **Studien uber saure Milch und Zähmilch.**

Die Verfasserin referirt ihre Arbeit wie folgt: Der in Schweden gewöhnlich vorkommende Erreger der spontanen Milchgerinnung zeigt mit den von Starck in Dänemark, Günther und Thierfelder, Leichmann und Weigmann in verschiedenen Theilen von Deutschland studirten Sauermilchbacterien so grosse Uebereinstimmung der Eigenschaften, dass ich es für berechtigt halte, die betreffenden Bacterien als eine Collectivart zu betrachten, die ich nach Leichmann Bacterium lactis acidi nenne. Das Bacterium der schwedischen Zähmilch, Langmilch („langmjölk" oder „tätmjölk"), Bacterium lactis longi, ist mit dem Bacterium lactis acidi nahe verwandt. Es unterscheidet sich von diesem, so viel durch meine Untersuchungen ermittelt worden ist, nur biologisch und zwar besonders durch die eigenthümliche Art von Gährung, welche in Milch und in gewissen anderen zuckerhaltigen Nährböden hervorgerufen wird.

Reinculturen vom Bacterium lactis acidi wie vom Bacterium lactis longi erzeugen in steriler Milch eine Milchsäuregährung, wobei die rechtsdrehende Form der Milchsäure gebildet wird.

Die Intensität dieser Gährung wird in beiden Fällen von der Gegenwart des Sauerstoffes nicht beeinflusst.

Heinrich Winterberg: **Untersuchungen über das Typhusagglutinin und die agglutinirbare Substanz der Tuberkelbacillen.**

1. Das Typhusagglutinin wird durch absoluten Alkohol zusammen mit den Eiweisskörpern vollkommen gefällt und bei längerer Einwirkung des Alkohols theilweise oder vollständig vernichtet.

2. Durch Neutralsalze kann das Typhusagglutinin aus seinen Lösungen mehr oder weniger vollständig ausgesalzen werden, wobei im Allgemeinen ein den Globulinen ähnliches Verhalten zu constatiren ist. Doch bestehen hinreichende Unterschiede, welche gegenüber der Gesammtheit der als Globuline bezeichneten Körper eine Differenzirung gestatten. Einzelne dieser Salze sind im Stande, das Typhusagglutinin beträchtlich zu schädigen oder zu zerstören.

3. Aehnlich wirken die Salze der Schwermetalle, welche das Typhusagglutinin fällen, wobei aber letzteres im Ueberschusse des Fällungsmittels wieder in Lösung geht.

4. Gegenüber der Einwirkung von Säuren oder Alkalien ist das Typhusagglutinin ausserordentlich empfindlich.

5. Eine Verdauung desselben durch thierische oder pflanzliche Verdauungsfermente ist nicht nachweisbar.

6. Auch eine Reihe von zum Theil kräftige proteolytische Enzyme producirender Bacterien vermögen das Typhusagglutinin nicht zu zerstören.

7. Bei der Dialyse verhält sich das Typhusagglutinin wie andere colloide Stoffe.

8. Die agglutinirbare Substanz ist in absolutem Alkohol nicht löslich.

9. Die Entstehung des Typhusagglutinins im Thierkörper ist abhängig von der Einverleibung der in Alkohol unlöslichen Theile der Typhusculturen, auch wenn letztere keimfrei gemacht worden sind.

Emil Gotschlich: **Ueber wochenlange Fortexistenz lebender virulenter Pestbacillen im Sputum geheilter Fälle von Pestpneumonie.**

Die 3 vom Verfasser genau untersuchten Fälle beweisen vollkommen, wie gefährlich lange Zeit hindurch geheilte Fälle von Pestpneumonie für die Umgebung sein können unter der Voraussetzung , dass die Virulenz für Menschen die gleiche ist wie für Meerschweinchen.

Alfons Fischer: **Welchen praktischen Werth hat die Widal'sche Reaction?**

Die Arbeit gipfelt in dem Satz: Nach den in der Literatur vorliegenden einwandsfreien Mittheilungen, sowie nach meinen eigenen Erfahrungen, ist die Widal'sche Reaction zwar ein beim Typhus abdominalis häufig vorkommendes Phänomen, es ist ihr aber nur der Werth eines Symptomes, nicht einer differentialdiagnostisch entscheidenden Probe beizumessen.

Mewius: **Die Widal'sche Reaction und der Abdominaltyphus.**

Der Verfasser wünscht möglichste Ausdehnung der Prüfung der Typhusfälle, vor Allem auch der typhusverdächtigen Fälle nach der Widal'schen Reaction. Er verlangt Untersuchungsämter, die den Kreismedicinalräthen unterstellt sein sollen. Warum keine Vermehrung der Hilfskräfte der hygienischen Institute?

Fritz Schanz: **Der sogenannte Xerosebacillus und die ungiftigen Löffler'schen Bacillen.**

Der Autor sucht zu beweisen, dass die Xerosebacillen nichts anderes als ungiftige Löffler'sche Bacillen seien.

Slawyk: **Ein Fall von Allgemeininfection mit Influenzabacillen.**

„Der ganze Körper war von Bacillen durchsetzt, am stärksten war Gehirn und Rückenmark befallen." Bei der Section fanden sich keine anderen Infectionserreger als Influenzabacillen.

Rudolf Abel und Paul Buttenberg: **Ueber die Einwirkung von Schimmelpilzen auf Arsen und seine Verbindungen. Der Nachweis von Arsen auf biologischem Wege.**

Die ausführliche und eingehende Arbeit, welche auch die gesammte Literatur berücksichtigt, bestätigt die in neuerer Zeit mehrfach studirte hohe Empfindlichkeit des biologischen Arsennachweises durch den Geruch nach Arsenwasserstoff resp. organischen flüchtigen Arsenverbindungen. Man mischt die zu untersuchende Substanz mit sterilisirtem Brotpulver, befeuchtet das letztere, und säht Schimmelsporen — am besten von Penicillium brevicaule aus. Minimale und sehr grosse Arsenmengen sind durch den Geruch einwandfrei zu erkennen, alle üblichen Arsenverbindungen noch, wenn nur $^1/_{100}$ mg Arsen anwesend ist, nur metallisches Arsen erst bei $^1/_{10}$. Die Methode erwies sich in manchen Fällen sogar feiner als die empfindlichen chemischen Prüfungsmethoden. Kein anderes Element lieferte ähnlichen Geruch, die Methode erlaubt sehr viele Bestimmungen gleichzeitig anzusehen und gibt nach 24 Stunden im Brutschrank ein sicheres Resultat. Sie ist also für die Praxis sehr empfehlenswerth. Eine deutliche Giftigkeit der offenbar nur in Spuren entwickelten arsenhaltigen Gase liess sich nicht darthun, sie eignet sich auch nicht zu quantitativen Untersuchungen.

K. B. Lehmann-Würzburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1900. No. 9.

1) E. Grawitz-Berlin: **Die klinische Bedeutung und experimentelle Erzeugung körniger Degenerationen in den rothen Blutkörperchen.**

Cfr. Referat hierüber pag. 168 der Münch. med. Wochenschr. 1900.

2) A. Winternitz-Tübingen: **Bacteriologische Untersuchungen über den Keimgehalt und die Sterilisirbarkeit der Bürsten.**

Besonders Schleich sprach sich in letzter Zeit gegen die Verwendung von Bürsten aus, wesshalb W. neue Untersuchungen über dieses Thema anstellte. Nicht sterilisirte Bürsten erwiesen sich immer als keimhaltig; Verfasser hat nun Bürsten künstlich mit Bacterien beladen, dieselben dann 10 Minuten lang in 1 proc. Sodalösung ausgekocht, wobei sich ergab, dass sie in allen ihren Theilen keimfrei geworden waren. Ausgekochte Bürsten bleiben in 1 proc. Sublimatlösung aufbewahrt steril.

3) J. Heller-Charlottenburg: **Beiträge zur Syphilis der Zungentonsille.**

H. hat 205 Fälle secundärer Syphilis auf das Vorhandensein syphilitischer Veränderungen der Zungentonsille untersucht und constatirte solche sicher in 9,7 Proc., häufiger bei Frauen als bei Männern. Die Plaques der Mundschleimhaut sind 5 mal so häufig wie die der Zungentonsille. Am häufigsten fanden sich zahlreiche Papeln auf letzterer, die aber nie subjective Beschwerden verursachten. Der specifischen und localen Therapie widerstanden diese Papeln lange Zeit; wirkungslos waren Jodpräparate. Die glatte Atrophie der Zungentonsille stellt Verfasser in eine gewisse Parallele zum Ausfall der Kopfhaare bei secundärer Lues. Die Erkrankung kommt übrigens auch bei tertiärer und hereditärer

Syphilis vor. Die Diagnose ist zu stellen durch Spiegeluntersuchung und hauptsächlich mittels Palpation mit dem Finger. Die glatte Atrophie der Zungentonsille ist durchaus kein pathognomonisches Zeichen für Syphilis, doch steht letztere nach den anatomischen Befunden sicher in Beziehung zu der Affection.

4) P. Baumgarten-Tübingen: **Zur Lehre von den natürlichen Schutzmitteln des Organismus gegenüber Infectionen.**

Der umfängliche, „zugleich als Antwort an Herrn Professor H. Buchner" dienende Artikel eignet sich nicht zu kurzem Auszuge. Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1900. No. 8.

1) Max Auerbach: **Das Oliver-Cardarelli'sche Symptom bei zwei Fällen von Mediastinaltumor.** (Aus der ersten inneren Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin.)

Systolisches Abwärtspulsiren des Kehlkopfs wurde bekanntlich von Oliver und Cardarelli als charakteristisches Symptom eines Aneurysmas des Aortenbogens bezeichnet. Unter gewissen Verhältnissen kann dieses Symptom aber auch bei anderen Mediastinaltumoren zu Stande kommen, wie Fraenkel schon früher nachgewiesen hatte und wie auch die beiden hier beschriebenen Fälle: primäres Magencarcinom mit Metastasen in den mediastinalen Lymphdrüsen und Bronchialcarcinom ebenfalls mit Metastasen, bestätigen.

2) Hans Herz-Breslau: **Ueber die active Dilatation des Herzens.** (Schluss folgt.)

3) J. Boas-Berlin: **Erfahrungen über das Dickdarmcarcinom.**

(Schluss aus No. 7 der Deutsch. med. Wochenschr.)

Referat siehe diese Wochenschr. 1899, No. 49, pag. 1662.

4) W. Nathan-Elberfeld: **Ueber die Aufnahme und Ausscheidung des Eisens der Eisensomatose im thierischen Organismus.**

Aus den Untersuchungen, welche durch eine Tafel mit mikroskopischen Abbildungen sehr schön illustrirt sind, geht hervor, dass bei Darreichung von Eisensomatose eine sehr starke Resorption durch die Zotten und Lymphstränge im Dünndarm stattfindet. Eine Aufnahme von Eisen durch die Gefässbahnen ist ist zwar nicht direct nachweisbar, doch sehr wahrscheinlich. Im Dickdarm konnte ebenfalls eine deutliche Ausscheidung von Eisen durch die Leukocyten constatirt werden.

5) Habermann-Wismar: **Mittheilungen aus der Praxis über Aspirin.**

6) F. Reiche: **Beiträge zur Statistik des Carcinoms.**
(Schluss aus No. 7 der Deutsch. med. Wochenschr.)

F. Lacher-München.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. XXX. Jahrg. No. 4.

Johannes Seitz-Zürich: **Darmbacterien und Darmbacteriengifte im Gehirn.** (Schluss folgt.)

Tavel-Bern: **2 Fälle von Tetanus, mit Antitoxin behandelt.** (Mittheil. aus dem Institut zur Erforschung der Infectionskrankheiten in Bern.)

Ein sehr acuter Fall blieb, wie erwartet, unbeeinflusst, ein etwas chronisch verlaufender wurde geheilt (Kocher's Klinik).

Ringier-Zürich: **Der heutige Standpunkt der Hypnotiseure. Einige Worte zur Erwiderung an Dr. Dubois.** (Cf. letzte Nummer des Corr.-Bl.)

Verwahrung gegen Dubois' Urtheil über die „modernen Hypnotiseure".

Von Interesse ist („cantonale Correspondenzen") die Eingabe des Graubündnerischen Aerztevereins an die Regierung gegen die Praxisbewilligung an Ausländer. Pischinger.

Dermatologie und Syphilis.

Hallopeau spricht sich in einer zweiten Mittheilung über **Pyodermite végétante** (suppurative Form der Neumann'schen Krankheit) [Arch. f. Dermat. u. Syph. 45, 3] unter anderem sich stützend auf den weiteren Verlauf des von ihm beobachteten Falles, hinsichtlich der Stellung dieser Fälle im System dahin aus, dass der Pemphigus vegetans Neumann's eine Krankheit sui generis sei, die mit wirklichem Pemphigus nichts zu thun hat; er schlägt daher auch vor, insolange Ursache und Wesen dieser Erkrankung noch nicht genügend aufgeklärt sind, den Namen Pemphigus vegetans fallen zu lassen und statt dessen von einer „Neumann'schen Krankheit" zu sprechen. (Ref. kann dem nicht beipflichten. Es ist gewiss nicht zu bestreiten, dass über die Aufstellung eines einheitlichen Krankheitsbegriffes „Pemphigus" berechtigte Zweifel vorhanden sein mögen, anderseits aber ist der Krankheitstypus „Pemphigus vegetans" ein jedem Fachmann genügend geläufiger geworden, dass es kaum angängig erscheint, unsere überreiche Nomenclatur mit einem neuen Namen zu bereichern.)

Wisniewski (Arch. f. Derm.45, 3) kommt auf Grund klinischer Beobachtungen und histologischer Untersuchungen zu dem Schlusse, dass das **Angiokeratoma** Mibelli's nur auf dem Boden einer Gefässparese erscheint (meist nach Pernionen). Die Erweiterung der Gefässe nimmt im Centrum den Charakter von Capillaraneurysmen an. Die Folge dieser Gefässerweiterung und Stase sind Ernährungsstörungen, welche die constant vorkommende Hyperplasie des Stratum corneum bewirken.

Brock (Arch. f. Derm. 45, 3) gelangt auf Grund kritischer Prüfung früherer Untersuchungen, wie auch auf der Basis eigener Experimente zu folgender Stellungnahme in der Frage des **Resorptionsvermögens der Haut:** 1. Lösliche, nicht flüchtige Substanzen können von der Haut aus durch die kataphoretische Wirkung des galvanischen Stromes zur Resorption gebracht werden. 2. Von flüchtigen Substanzen vermögen sicher einzelne die normale Haut zu durchdringen. 3. Für alle anderen chemischen Körper kann die Haut nur nach Veränderung ihrer Structur als Eingangspforte in den Organismus dienen.

Aus den Untersuchungen Kopytowski's **Ueber Gonococcenbefunde in dem Genitalsecret Prostituirter** (Arch. f. Derm. 45, 2) ergibt sich als praktischer Schluss, dass der Sitz der gonorrhoischen Infection bei Frauen der Urethralcanal, resp. die Bartholini'schen Drüsen sind und ferner, dass seitens der Polizeiärzte bei Absendung der Prostituirten an das Hospital dem Urethralsecret und dem Secret aus den Bartholini'schen Drüsen mehr Beachtung zu schenken ist, als dem Vaginalsecret.

Ebner (ebenda) bringt einen casuistisch-statistischen Beitrag über das Vorkommen des **luetischen Primäraffectes** an den **oberen Luftwegen.**

Merk (ibid.) bespricht einen Fall von **Sarkomatosis** cutis (Rundzellensarkom mit Metastasirung), den er wesentlich nach der histologischen Seite hin zu bearbeiten in der Lage war und gibt aus diesem Anlass einen kurzen historischen Rückblick über die in neuerer Zeit lebhaft besprochene Systematisirung der cutanen Sarkomatose, um sich dann über die Pigmentbildung (Blutstauung) und die Metastasirung (durch rückläufigen Transport auf dem Wege der Lymphbahnen) zu verbreiten.

Histopathologische Untersuchungen über die **Jodakne**, über welche Giovannini (Arch. f. Derm. 45, 1) berichtet, lassen diese Affection in ihren kleineren Formen als eine acute eitrige, oberflächliche Folliculitis und Perifolliculitis erscheinen, welche den Haarbalg betrifft. Die Talgdrüsen erkranken, wie dies bereits C. Pellizari beobachtet hatte, nur secundär.

Benzler kommt in einer Arbeit über **Sterilität und Tripper** (ibid.) zu dem Schlusse, dass die absolute Sterilität beim einfachen Tripper durch die Complication mit einseitiger Hodenentzündung auf 23,4 Proc. und bei doppelseitiger Hodenentzündung auf 41,7 Proc. steigt, und die Gesammtsterilität auf 36,9 Proc. bei einseitiger und auf 62,5 Proc. bei doppelseitiger Hodenentzündung sich stellt. Ob diese Unfruchtbarkeit aber durch Sterilisirung des Mannes, oder, was für B. das Wahrscheinlichere ist, durch Sterilisirung der Frau auf Grund der Tripperinfection bedingt ist, bleibt zweifelhaft. Jedenfalls sieht sich B. veranlasst, seine frühere Behauptung, dass von 100 Männern, welche eine doppelseitige Hodenentzündung überstanden haben, noch fast 77 Chancen haben, Kinder zu bekommen, wenn sie eine conceptionsfähige Frau heirathen, wesentlich zu modificiren..

Hjelmman (ibid.) bringt einen neuen Beitrag zur Kenntniss der **Persistenz der histologischen Gewebsveränderungen bei Syphilis** in Untersuchungen, welche durchaus geeignet sind, die Ansicht Neumann's, dass die tertiären Affectionen durch die Entwicklung von Entzündungsproducten, die sich von der Secundärperiode her datiren, verursacht werden, zu unterstützen. H. hält diese Befunde auch für solche von grosser praktischer Bedeutung, da sie gestatten, Schlussfolgerungen in Bezug auf die Behandlung der Syphilis zu ziehen. In dieser Richtung betont Verfasser die Nothwendigkeit, die specifische Behandlung besonders in der ersten Cur sehr energisch zu gestalten und plaidirt des Weiteren energisch für die von Fournier, Neisser u. A. empfohlene chronisch-intermittirende Behandlung.

Ueber die **Resultate mit dem Koch'schen Tuberculin R bei Lupus und Skrophuloderma** kann Adrian aus der Wolff-schen Klinik in Strassburg i. E. nur wenig befriedigende Daten geben. Wohl glaubt er, dass der chirurgische Eingriff neben der Anwendung des neuen Tuberculins einer der Wege sei, die bislang schleppende und unzulängliche Therapie tuberculöser Hautaffectionen wesentlich zu bereichern und die Heilerfolge zu unterstützen. A. macht selbst die Einschränkung, dass die sehr spärlichen Resultate möglicher Weise ebenso, wie oft bedeutende Gewichtszunahme, den in der Hospitalpflege veränderten Lebensbedingungen der Patienten zuzuschreiben sind. Gegenüber tuberculösen Knochen- und Drüsenleiden erwies sich das neue Tuberculin ziemlich wirkungslos, in einem Falle von Lupus mit complicirender chronischer Nephritis geradezu als gefährlich. Auch sonst birgt die Ungleichmässigkeit in der Herstellung und Verabreichung des neuen Mittels nicht zu unterschätzende Gefahren und Nachtheile für das Leben der Patienten in sich. Zu diesem wenig erfreulichen Gesammtresultat kommt noch der Umstand, dass die Kostspieligkeit des Verfahrens und die verhältnissmässig lange Dauer des Experimentes der neuen Methode ungemein hinderlich im Wege stehen. — In ähnlicher Weise äussern sich Bukovsky (ibid. 46, 2) über das neue Tuberculin auf Grund von Versuchen, welche an der Klinik Janovsky's in Prag angestellt wurden. Auch er beklagt die Labilität des Präparates und die mangelhafte therapeutische Wirkung. Die bis zu einem gewissen Grade erzielte Besserung lässt sich in unverhältnissmässig kürzerer Zeit mit anderen Methoden erzielen. Doch hält er das Tuberculin R für ein gutes Mittel zur Differentialdiagnose zweifelhaft-tuberculöser Processe.

Ueber die **gleiche Behandlungsmethode** und deren Resultate an der Bonner Hautklinik liegt ein Bericht von Napp und Grouven vor (ibid. 46, 3), welche sich wohl auch reservirt, aber

doch in etwas günstigerer Weise über das neue Tuberculinpräparat äussern. Auch sie konnten eine dauernde Heilung tuberculöser Processe mit dem Tuberculin R nicht erzielen, doch ist dasselbe im Stande, einen entschieden günstigen Einfluss auf Vernichtung des tuberculösen Processes auszuüben und hat dasselbe bei vorsichtiger Anwendung wesentliche Schädigungen des Gesammtorganismus nicht im Gefolge. Ueber die Immunisirungsfrage lässt sich ein endgiltiges Urtheil wohl erst in mehreren Jahren abgeben. Nach N. und G. ist das Tuberculin R wohl berechtigt, bei gleichzeitiger rationeller Localbehandlung als unterstützendes Moment in Anwendung gebracht zu werden.

Die von Winkler (ibid. 46, 1) in syphilitischen Producten gefundenen **„tingiblen Kugeln"** hält er selbst um so weniger für das lange gesuchte Syphilisvirus, als er auch in einem Falle von Lupus vulgaris ähnliche Kugeln gefunden hat. Er denkt vielmehr an eine Kernerkrankung, welche unter dem Einfluss des syphilitischen Virus zu Stande kommt, die aber, wenn auch in geringerem Grade, auch durch andere Virusarten (Lupus) bewirkt werden kann.

Drobny (ibid. 46, 1) glaubt aus der **Localisation der Gonococcen im Eiter** einen gewissen Rückschluss auf den Verlauf der Urethritis ziehen zu dürfen. Eine sofort vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Secretes erlaube fast unbedingt eine entsprechende Prognose des Verlaufes der Urethritis zu machen. So seien die Fälle, in denen die Gonococcen hauptsächlich im freien Zustande vorhanden sind, als „noli me tangere" für eine active Therapie aufzufassen. Dagegen könne man dann, wenn die Gonococcen intracellulär liegen, mit reinem Gewissen die Einspritzungen anfangen, ohne das Stadium decrementi der acuten Erscheinungen abzuwarten. Es ist dann auch möglich, dass früh unternommene Einspritzungen und Instillationen einen abortiven Einfluss auf die Gonorrhoe haben.

Die Arbeit Joseph's **über Hautsarkomatose** (ibid. 46, 2) ist beachtenswerth durch den motivirten Versuch einer Abtrennung „sarkoider Geschwülste" gegenüber den typischen Sarkomen einerseits, gegenüber den Typen der Mykosis fungoides, der Leukaemie und Pseudoleukaemia cutis andererseits. Dass die bisherigen Systematisirungsversuche trotzdem leider noch grosse Lücken aufweisen, wird vom Verfasser unumwunden eingestanden.

v. Watraszewsky (ibid. 46, 2) behandelt **einige Fragen der Syphilistherapie,** deren definitive Lösung zweifellos von hohem praktischen Werthe sein würde, über welche aber bis jetzt unter hervorragenden Fachmännern diametral entgegengesetzte Meinungen bestehen. Wann soll die Behandlung der Syphilis mit Hg beginnen, und wie lange soll diese Behandlung der Syphilis fortgesetzt werden? W. spricht sich zunächst dahin aus, dass die mercurielle Behandlung der Syphilis erst nach dem Erscheinen allgemeiner Symptome rationell sei. Die weitere Behandlung soll immer nur dann, wenn neuerdings Symptome auftreten (Recidive), wieder aufgenommen werden (symptomatische Behandlung). Endlich ist für W. eine Hg-Behandlung indicirt, so oft manifeste Symptome der Krankheit, welche ihren Lauf monate- ja jahrelang verfolgt, vor uns liegen. In jenen Ausnahmefällen, in denen also nur ein einziger allgemeiner Ausbruch erfolgt, wäre also auch nur eine einzige Cur nöthig.

(Ref. kann sich diesen Ausführungen nicht anschliessen und glaubt auf Grund seiner reichen persönlichen Erfahrung auf dem Gebiete der chronisch-intermittirenden Methode der Ueberzeugung Ausdruck geben zu dürfen, dass die Furcht vor den aus dieser Methode entstammenden üblen Nebenwirkungen auf das Nervensystem und die allgemeine Constitution in keiner Weise genügend fundirt ist.)

E. Welander (ibid. 46, 2) empfiehlt als **Ersatz einer Schmiercur** ein innen mit Quecksilbersalbe bestrichenes Leinensäckchen (auch Flanell oder Baumwollstoff kann gewählt werden) Tag und Nacht am Körper tragen zu lassen. Auch bei der Inunctionscur spielt ja zweifellos die Einathmung des verdunstenden Quecksilbers eine grosse Rolle. Die von W. empfohlene Methode würde im Wesentlichen als eine Inhalationscur mit Quecksilberdämpfen zu bezeichnen sein. Ueber den Werth der Methode kann ja selbstverständlich erst nach längeren Versuchsreihen definitiv geurtheilt werden. Nach W. wirkt sie tuto, cito et jucunde. Der Wegfall der vielen Unannehmlichkeiten bei der Inunctionscur wäre ja zweifellos ein nicht zu unterschätzender Vortheil.

(Bei dieser Gelegenheit erlaubt sich Ref. darauf hinzuweisen, dass die von Blaschko empfohlenen, von Beyersdorf in Hamburg-Eimsbüttel hergestellten Mercolintschürzen, besser Mercolintlatze, eine wesentliche praktische Verbesserung der Welander'schen Säckchenbehandlung darzustellen scheinen. Speciell mit dem Mercolint 3, welches ich oft erprobt habe, habe ich in einer Reihe von Fällen einer milden Schmiercur durchaus gleichwerthige Erfolge erzielt. Wenn ich es auch keineswegs für wahrscheinlich halte, dass dadurch die Frictionscur für alle Fälle entbehrlich wird, und die letztere vermuthlich für schwere Formen als unentbehrlich auch in Zukunft festgehalten zu werden verdient, wird doch die Anwendung der stärker imprägnirten Mercolintschürzen sich voraussichtlich in Bälde aus Gründen der Reinlichkeit, Bequemlichkeit und Billigkeit, nicht zuletzt aber auch wegen des guten therapeutischen Resultates ein ausgedehntes Terrain gewinnen. Zu weiteren Versuchen glaubt Ref. mit gutem Gewissen auffordern zu dürfen.)

Doctor (ibid. 46, 3) theilt zwei neue Fälle **Darier'scher Erkrankung** (sogen. Psorospermosis follicularis vegetans) mit. Nach Maassgabe seiner histologischen Untersuchungen hält er diese seltene Dermatose für eine meist an die Haarfollikel oder Schweissdrüsenausführungsgänge gebundene Hyperkeratose, welche meist, aber doch nicht immer mit Parakeratose verbunden ist. Die vielbesprochenen sog. Darier'schen Körperchen sind eine Theilerscheinung der Parakeratose, gehören aber nicht unbedingt zum Krankheitsbild. D. hält die Erkrankung für eine Abart der Ichthyosis vulgaris.

H. Apolant (ibid. 46, 3) verdanken wir eine sehr interessante Arbeit über **Antipyrinexantheme.** Man kann unterscheiden das localisirte Exanthem und die universell disseminirten Exantheme (das morbillöse Exanthem, Urticaria und congestives Oedem). Mit einer umfangreichen Casuistik und persönlich vorgenommenen Experimenten begründet A. die von ihm vertretenen Anschauungen über die Pathogenese dieser Exantheme, deren Details im Original einzusehen sind. Eine einheitliche Auffassung des Zustandekommens der Antipyrinausschläge ist nicht möglich. Der Umstand, dass keine Gruppe ein in sich abgeschlossenes Ganze bildet, und selbst Uebergänge von den localisirten zu den disseminirten Formen vorkommen, stellt andererseits einer scharfen theoretischen Trennung grosse Schwierigkeiten entgegen.

Welander (ibid. 46, 3) sah in einem Falle **gonorrhoischer Conjunctivitis** ein vorzügliches Resultat von der Anwendung des Largins, welches er in 1 proc. Gelatinetabletten unter das Augenlid einschob, wo es in etwa 15 Minuten schmilzt.

Schütz (ibid. 46, 3) theilt 3 merkwürdige Fälle von **Leukoplakia oris** (Schwimmer) mit, welche das Gemeinsame haben, dass die gewöhnliche Aetiologie für diese Krankheit fehlt, dass es sich um Individuen handelt, bei welchen nur äusserst selten Leukoplakie vorkommt (Kinder, weibliche Personen) und dass endlich bei allen dreien ein und dieselbe Hautkrankheit die Schleimhauterkrankung begleitet (Psoriasis). Da Verfasser Leukoplakie auch zuweilen mit anderen Hauterkrankungen, welche mit vermehrter Hornbildung einhergehen (Tyloma palmarum, Ekzema chron. squamosum) combinirt sah, hält er dieses Zusammentreffen für kein rein zufälliges.

Rasch (ibid. 47, 1) konnte unter einem Leichenmaterial von 3165 Obductionen 28 Fälle von **Aortenaneurysma** untersuchen. In 82 Proc. von allen Fällen war Syphilis sicher oder doch mit grösster Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Pathologisch-anatomische Erwägungen haben den Verfasser überzeugt, dass alle Aneurysmen, bei denen eine productive fibröse Mesarteriitis nachgewiesen werden kann, d. h. alle oder so gut wie alle sackförmigen Aneurysmen und mindestens 4 Fünftel der spindel- nud cylinderförmigen Aneurysmen auf der Aorta syphilitischen Ursprungs sind.

Buschke (ibid. 47, 1) berichtet über eine grössere Anzahl von Fällen, bei welchen er die **Radicalexstirpation des Lupus vulgaris** nach dem Vorgange Lang's vorzunehmen in der Lage war. An die interessanten Krankengeschichten, deren Details aus dem Original zu ersehen sind, reiht Buschke eine kurze Besprechung seiner Methode, der Technik der Plastik, der Anaesthesirung, um zum Schlusse die Indicationen der Radicalexcision und ihre Stellung zu den übrigen Methoden der Lupusbehandlung zu erörtern. „Es liegt in der Natur der Sache, dass für die Radicalbehandlung sich immer nur ein gewisser Bruchtheil von Fällen eignen wird; allein es erscheint doch zweifellos, dass, wenn man sich möglichst früh zur Behandlung entschliesst, dieser Bruchtheil sich vergrössern wird. Dann ist es aber nothwendig, dass man bei jedem Falle von Lupus in erster Linie in Erwägung zieht, in wie weit er sich zur Exstirpation eignet, und nicht erst gewissermaassen als letztes Refugium nach vielfacher andersartiger Behandlung auf diese Methode recurrirt." Man wird B. nur ganz beipflichten können, wenn er sagt, dass die Prognose des Lupus vulgaris sich doch allmählich bessern dürfte, wenn erst dieser Gedankengang gemäss der verdienstvollen Anregung Lang's sich allgemein Geltung verschafft haben wird.

Jordan (ibid. 47, 1) hat an einem grossen Material Studien gemacht über die Häufigkeit von **Rachen- und Kehlkopfaffectionen bei Syphilis** und kam dabei zu folgendem Ergebniss: In allen Stadien der Syphilis sieht man sowohl im Rachen als im Kehlkopf mehr weniger häufig die Erscheinungen eines Erythems, welches zwar einzig und allein auf Syphilis beruhen kann, aber sich von Röthungen aus anderen Gründen nicht unterscheiden lässt. Papeln des Rachens sieht man in ungefähr ⅓ aller Fälle von secundärer Syphilis. Papeln des Kehlkopfs sind dagegen viel seltener und wurden nur in 3.3 Proc. constatirt. Hier wie dort sind sie während der Recidive häufiger als zur Zeit des recenten Stadiums. Tertiärsyphilitische Erscheinungen des Rachens fand er in 23 Proc., des Kehlkopfs in 10 Proc. seiner Fälle, eine für unsere Verhältnisse auffallend hohe Procentzahl, welche sich wohl dadurch erklären lässt, dass bei der bäuerischen russischen Bevölkerung, welche in der Statistik J.'s stark vertreten ist, die ersten Stadien der meist hereditären Syphilis einer ärztlichen Behandlung sich fast niemals erfreuen.

Adrian (ibid. 47, 2) konnte durch **Ueberimpfen von Sklerosensecret** auf Schweine das Auftreten syphilisähnlicher Hauterscheinungen in Gestalt schubweise auftretender papulöser Efflorescenzen an 2 Impfthieren beobachten. Die histologischen Details dieser Efflorescenzen besitzen eine gewisse Aehnlichkeit mit den beim Menschen beobachteten papulösen Syphiliden. Soll durch diesen Befund die bisher allgemein acceptirte Meinung, dass die Syphilis ausschliesslich ein sehr zweifelhaftes Vorrecht des Genus Homo ist, eine Einschränkung erfahren? Verfasser äussert sich dieser Frage gegenüber mit Recht nicht, sondern will durch seine Arbeit lediglich eine Anregung zur Wiederholung ähnlicher Experimente am Schwein als dem hierzu geeignetsten Versuchsthier gegeben haben.

Kreibich (ibid. 47, 2) gibt die sehr interessante Mittheilung eines ungewöhnlichen Falles **von leukaemischen Tumoren der Haut.**

Neuberger (ibid. 47, 2) empfiehlt zur **Behandlung des chronischen Ekzems des Säuglings- und Kindesalters** die Arsenmedication in sehr kleinen Gaben (Solut. arsen. Fowleri 3 mal tägl. ½—1—2 Tropfen allmählich steigernd). Die Behandlung muss sehr lange fortgesetzt werden, und ist vor der 3. Woche eine Besserung des Leidens kaum zu erwarten. Bei consequenter Durchführung liess sich der Erfolg auch ohne Dazwischentreten einer Localtherapie fast niemals vermissen.

Török (ibid. 47, 1 u. 2) behandelt in einer längeren Arbeit deren Inhalt zum grossen Theil eine Polemik gegen die bekannten Anschauungen Unna's über das seborrhoische Ekzem und die Zugehörigkeit der Psoriasis vulgaris zu diesem Krankheitsbilde darstellt, die **Seborrhoea corporis (Duhring) und ihr Verhältniss zur Psoriasis vulgaris und zum Ekzem,** und kommt auf Grund klinischer Beobachtung und histologischer Untersuchungen zu dem Schlusse, dass die Seborrhoea corporis Duhring's als eine weniger intensive und atypisch localisirte Form der Psoriasis vulgaris zu betrachten ist, dass im Uebrigen aber die Sonderstellung der Psoriasis vulgaris als einer Erkrankung sui generis durchaus zu wahren, ein irgendwie engerer Zusammenhang derselben mit dem Ekzem in keiner Weise aufzudecken ist.

Mibelli (ibid. 47, 1 u. 2) bringt einen weiteren Beitrag zur Lehre von der sogenannten von ihm zuerst beschriebenen **Porokeratosis** durch Mittheilung eines Falles mit Localisation im Munde und an der Glans penis.

Nach den Untersuchungen von F. Luithlen (ibid. 47, 3) stellt sich die **Dermatitis exfoliativa infantum** (Ritter v. Rittershain) dar als eine mit zelliger Infiltration, Oedem und Gefässvereiterung einhergehende Entzündung, besonders des papillären und subpapillären Gewebes bei abnorm starker Proliferation im Rete mit mangelnder Verhornung desselben. In Bezug auf die Aetiologie dürften toxische Momente zu berücksichtigen sein, wofür das Aussehen des primär auftretenden Erythems spricht; die Eigenthümlichkeit der Erkrankung dürfte z. Th. in den zur Zeit der physiologischen Exfoliation herschenden Verhältnisse der kindlichen Haut ihre Erklärung finden. Therapeutisch empfiehlt sich kräftige Ernährung und Vermeidung engen Wickelzeugs, Anfangs Eichenrindenbäder und Salbenverbände, später die Anwendung keratoplastischer Mittel (Ichthyol, Resorcin, Thiol, Tumenol u. Aehnl.).

Glück (ibid. 47, 3) theilt einen interessanten, sehr seltenen Fall von **Favus** mit Localisation am Penis mit.

Burmeister (ibid. 47, 3) bringt in extenso die Krankengeschichte eines neuen Falles von **Akanthosis nigricans** (der seinerzeit vom Ref. im Aerztlichen Verein München vorgestellt worden war). Für die Aetiologie sucht er einen Functionsausfall oder eine alterirte Function des Bauchsympathicus in hypothetischer Weise heranzuziehen. Bei der Section wurde von einer Carcinose der Baucheingeweide nichts gefunden.

Arvid Blomquist und G. Ahman (ibid. 48, 1) berichten über **Mercuriol** und über **therapeutische Versuche** mit demselben bei **Syphilis.** Mercuriol ist eine Mischung von Magnesium- und Aluminium-Amalgam, verrieben und mechanisch fein vertheilt mit Kreide. Das Mercuriol kam speciell an der Welander'schen Säckchenbehandlung (Inhalationstheorie) zur Verwendung. Bei dieser Behandlung wird Quecksilber in erforderlicher Menge absorbirt und durch die Nieren eliminirt; das in dieser Weise in den Organismus eingeführte Quecksilber übt dieselbe therapeutische Wirkung aus, wie bei anderen bekannten Formen mercurieller Behandlung. Die Behandlung ist therapeutisch zuverlässig, reinlich und für den Patienten angenehm.

Kreibich (ibid. 48, 2) bringt in einer Arbeit über **Urticaria chronica** Krankengeschichten über einen Fall von Urticaria perstans papulosa, 2 Fälle von Urticaria perstans verrucosa und 2 Fälle von Urticaria pigmentosa. Bezüglich der Herkunft des Pigments bei den letzteren Fällen, also bei Urticaria pigmentosa, theilt Kreibich die Ansicht Kaposi's, dass es bei den wiederholten urticariellen Schwellungen der Efflorescenzen nicht bloss zum Austritt von Serum, sondern auch von Blutfarbstoff kommt, und dass somit das Pigment als ein aus dem Blute stammendes aufzufassen sei.

Der von Neumann (ibid. 48, 3) mitgetheilte Fall von **Dermatitis tuberosa ex jodo** ist nicht nur durch die ungewöhnliche Form und Intensität der Hautaffection, sondern auch wegen einer gleichzeitigen analogen Affection der Magenschleimhaut von hervorragendem Interesse, zumal da ein durch die Section constatirtes Exanthem im Magen nach internem Jodkaliumgebrauch in der Literatur nicht verzeichnet ist. (Ref. war in der Lage, einen quoad Hautaffection der von Neumann gegebenen Abbildung durchaus gleichartigen Fall zu beobachten, der zur stationären Behandlung der Posselt'schen Klinik überwiesen wurde, und von dort aus demnächst publicirt werden soll.)

Bandler (ibid. 48, 3) bringt einen instructiven Beitrag zur Kenntniss der **elephantiastischen und ulcerativen Veränderungen des äusseren Genitales und Rectums bei Prostituirten;** B. spricht sich auf Grund der klinischen Beobachtung und der therapeutischen Ergebnisse für die syphilitische Natur dieser prima vista häufig recht unklaren Veränderungen aus. Ausdrücklich wird aber betont, dass, wenn auch die Lues die primäre Ursache dieser Veränderungen ist, zu deren Ausgestaltung die schlechten Circulationsverhältnisse der Lymphbahnen, Traumen und Reize in bedeutendem Maasse beitragen, insbesondere spielt die Rectumstrictur, wie schon Ehrmann hervorhob, eine grosse Rolle bei der Ausbildung der Elephantiasis vulvae. Dass die Erkenntniss der syphilitischen Natur dieser Processe praktisch von grösster Wichtigkeit ist, liegt auf der Hand.

R. Bloch (ibid. 48, 3) bringt einen casuistischen Beitrag zur Kenntniss der **gonorrhoischen Gelenks- und Nervenerkrankungen.** Die Nervenlaesion im vorliegenden Falle wird aufgefasst als eine Polyneuritis gonorrhoica beider Unterextremitäten. Autor denkt an eine vorwiegende Erkrankung des Perineuriums; ob es sich dabei genetisch um eine directe bacterielle oder eine durch Toxine verursachte Entzündung gehandelt hat, ist nicht zu entscheiden. Mit Recht bestreitet der Verf. die seitens französischer Autoren beliebte Auffassung solcher Fälle als „Manifestations spinales" und „Meningomyelite". Therapeutisch bietet die Mittheilung nichts Neues.

Alex. Haslund (ibid. 48, 2 u. 3) bespricht unter Beibringung einschlägiger Beobachtungen die Pathogenese der **Vaccina generalisata** und gibt der Anschauung Ausdruck, dass das Virus der Vaccine und der Variola dasselbe ist, und dass die Vaccine nur eine gemilderte Form des Variolagiftes resp. der Variolamikrobe ist. Ohne vom theoretischen Gesichtspunkte aus die Möglichkeit einer Vaccina generalisata durch Autoinoculation oder durch secundäre Infection bestreiten zu wollen, sieht es Haslund doch als Regel an, dass die generalisirte Vaccina der Ausdruck einer allgemeinen Infection ist, und dass es sich dabei immer um eine von „innen" kommende Spontaneruption handelt.

Buschke (ibid. 48, 2 u. 3) hat die seltenen **Exantheme bei Gonorrhoe** zum Gegenstande einer literarischen Studie gemacht. Veranlassung dazu boten ihm drei Fälle eigener Beobachtung, welche in extenso mitgetheilt werden. Die äussere Form der Exantheme ist ausserordentlich mannigfach. Wir sehen einfache Erytheme, Papeln, tiefere dem Erythema nodosum ähnliche Infiltrate, Blasenbildung, Blutungen und Hyperkeratosen unter den als gonorrhoisch beschriebenen Exanthemen auftreten. Die Exantheme sind nicht an bestimmte Körperregionen gebunden, bei den ganz acuten Exanthemen bleiben auch die Schleimhäute nicht verschont. Die Entstehung ist eine rasche, der weitere Verlauf aber sehr verschieden. In einem Falle eigener Beobachtung war der den Malariatypen ähnliche Fieberverlauf merkwürdig. Im Uebrigen steht aber die äussere Form des Exanthems in keinen directen Beziehungen zur Gestaltung der Temperaturcurve. Nach Ausscheidung jener Fälle, bei denen man eventuell an ein septisches oder Arznei-Exanthem denken kann, bleibt immer noch eine genügende Anzahl von Beobachtungen übrig, welche sich kaum anders als durch eine directe Abhängigkeit des Exanthems von der gonorrhoischen Infection erklären lassen. Pathogenetisch denkt der Verfasser das Auftreten der Exantheme durch eine Einschleppung des gonorrhoischen Virus in die Blutbahn bedingt. Ob dabei der Gonococcus selbst oder seine Toxine das wirksame Agens sind, bleibt dahingestellt. Die Lewin'sche Reflextheorie (durch Reizung der Harnröhrenschleimhaut), welche auch Finger zur Erklärung dieser seltenen Exantheme heranzieht, dürfte zum mindestens für die chronischen, sich über Monate hinziehenden Exanthemformen nicht als ausreichend zu bezeichnen sein.

Kopp.

Oesterreichische Literatur.

Wiener klinische Wochenschrift. 1900. No. 8.

1) E. Raimann-Wien: **Ueber alimentäre Glykosurie.**

R. erörtert die Lehre von der alimentären Glykosurie zunächst von der nun sichergestellten Thatsache aus, dass in jedem normalen Harn Traubenzucker vorhanden ist. Er schlägt vor, dann von Glykosurie zu sprechen, wenn die einfachste, in der Klinik gebräuchliche Reaction für Traubenzucker unzweifelhaft positiv ausfällt. Der Nullpunkt, von dem aus hinsichtlich alimentärer Glykosurie und Diabetes zu rechnen ist, entspricht einem Zuckergehalte des Harnes von 0,2 Proc. Bei der Prüfung auf alimentäre Glykosurie muss aber für jeden einzelnen Fall die „Assimilationsgrenze" für Traubenzucker festgestellt werden, die für den zahlenmässigen Ausdruck mit dem Körpergewicht verglichen werden muss. Die Glykosurie ist als Ausdruck einer Allgemeinstörung aufzufassen, als Degenerationszeichen im chemischen Sinne. Verfasser hat bei einer Reihe von Geistes- und Nervenkranken bestimmt, welche Menge Traubenzucker eingeführt werden muss, um eine Ausscheidung von 0,2 Proc. Zucker oder darüber zu bewirken; doch ist die Untersuchungsreihe noch zu klein, um allgemeine Folgerungen daraus abzuleiten.

2) M. Weinberger und A. Weiss-Wien: **Eine seltene Form von Aneurysma der Aorta thoracica descendens.**

Das betreffende Aneurysma wurde an einem 54 jährigen Kesselschmied beobachtet und auch mittels Röntgenstrahlen näher bezüglich seines Sitzes diagnosticirt. Die rechte Rückenwand war in der oberen Hälfte vorgewölbt, der Patient entleerte mehrmals ohne Husten grössere Mengen Blut, so dass an eine Communication mit dem Oesophagus gedacht wurde. Die Section ergab ein sackförmiges Aneurysma der Aorta desc. mit Usur der oberen Brustwirbelkörper und der 4. und 5. Rippe, Verwachsung mit dem rechten oberen Lungenlappen und Durchbruch in einen Bronchialast der rechten Lunge.

3) K. Sinnreich-Wien: **Traumatisches Aneurysma** der **Art. brach. und Durchtrennung des N. medianus. Totalexstirpation des Aneurysmas. Nervennaht.**

Der 51 jährige Patient hatte das Aneurysma durch einen Messerstich acquirirt. Der exstirpirte Aneurysmasack war mannsfaustgross. 4 Wochen nach der Nervennaht begannen die moto-

rischen Functionen im Medianusgebiet sich wieder herzustellen. Die Verfasser besprechen eingehend die verschiedenen Operationsmethoden für Aneurysma am Arm. Absolut indicirt ist die Exstirpation bei Gangraen der Haut über dem Aneurysma, ferner bei Verletzung oder Compression wichtiger Nervenstämme.

Dr. Grassmann-München.

Amerikanische Literatur.

1) George H. Nuttall-Baltimore: **Die Rolle der Insecten, Arachniden und Myriapoden als Infectionsträger der bacteriellen und parasitären Erkrankungen bei Mensch und Thier.** (The Johns Hopkins Hospital Reports, Vol. VIII. 1899.)

Diese Arbeit, welche einen ganzen Band der rühmlichst bekannten Berichte des Johns Hopkins Hospitals in Baltimore einnimmt, repräsentirt sich als eine umfassende kritische und historische Studie des ganzen einschlägigen Materials. Das Literaturverzeichniss enthält 366 Nummern, von denen 350 in der Arbeit selbst verwerthet wurden. Durch die letzten Berichte von Koch, welche neue Beweise für die Ross'sche Mosquitotheorie der Malaria erbringen, hat dieses Thema erneutes actuelles Interesse gewonnen und ist diese Arbeit zur Einführung in das Studium und zur Orientirung in dieser Frage sehr zu empfehlen.

2) Charles L. Dana-New-York: **Zur Aetiologie der Paralysis agitans.** (The American Journal of the medical Sciences, November 1899.)

Anschliessend an die Beschreibung eines Falles von Paralysis agitans, in welchem sich neben einem multiplen Hautsarkom, Atrophie, Bindegewebswucherung und an verschiedenen Stellen Degeneration des Rückenmarks nachweisen liessen, und unter Hinweis auf drei weitere, bereits früher von ihm beschriebene Fälle, gibt D. der Ansicht Ausdruck, dass es sich bei dieser Erkrankung nicht um eine praemature Senilität, sondern um eine die Nervenzellen des Rückenmarks speciell schädigende Toxinwirkung handelt. Die grosse Rolle, welche der Rheumatismus in der Vorgeschichte dieser Affection spielt, spricht für die Annahme eines auf diesem Boden entstandenen autochthonen Giftstoffes.

3) J. M. Baldy und H. L. Williams-Philadelphia: **Kraurosis vulvae.** (Ibidem.)

Die Aetiologie dieses seltenen Leidens ist noch keineswegs klar. Die Annahme einer trophischen Störung entbehrt der Begründung; nach Ansicht der Autoren ist die Ursache entweder constitutioneller oder noch wahrscheinlicher rein localer Natur, wofür namentlich der im Beginn so constante Pruritus spricht. In dem beschriebenen Falle wurde durch Operation definitive Heilung erzielt.

4) Maurice H. Richardson-Boston: **Appendicitis.** (The American Journal of the medical Sciences, December 1899.)

An der Hand eines Materials von 904 von ihm operirten Fällen bespricht Richardson die beiden Fragen der Frühoperation der Appendicitis und der Resection des Wurmfortsatzes in solchen Fällen. Während die erste Frage fast ausnahmslos bejaht werden muss, gelten für die zweite folgende Ausnahmen: Resection der Appendix ist contraindicirt bei local beschränkter Vereiterung mit starren Abscesswänden, sowie bei grosser Schwäche des Patienten, welche rasche Beendigung der Operation erfordert, dagegen empfiehlt sich für die meisten dieser Fälle, die Resection ein paar Monate später nachzuholen.

5) H. C. Gordinier: **Zur Pathologie der Paralysis agitans.** (Ibidem.)

G. bezeichnet folgende drei pathologische Veränderungen als charakteristisch für die Paralysis agitans: Perivasculäre Sklerosirung, besonders ausgesprochen im Dorsaltheil der Seiten- und Hinterstränge, Degeneration der multipolaren Nervenzellen und allgemeine Hyperaemie mit Zellinfiltration. Der Hauptsitz dieser Veränderungen betrifft den spinalen Theil des Rückenmarks. Gegen den Halstheil zu nehmen dieselben ab. Beschreibung eines Falles und Uebersicht der einschlägigen Literatur.

6) Charles P. Noble u. W. Wayne Babcock-Philadelphia: **Eine neue Untersuchungsmethode bei Nierentuberculose.** (The American Gynaecological and Obstetrical Journal, December 1899.)

Die Methode besteht in steriler Katheterisation der Ureteren und Impfversuchen an Meerschweinchen mittels des auf diese Weise enthaltenen Harnes. Mittheilung eines auf diese Weise diagnosticirten Falles.

7) F. Simpson-Pittsburg: **Ueber acute toxische Hyperaemie und Nephritis nach operativen Eingriffen.** (The American Journal of Obstetrics, November 1899.)

Die Beobachtungen, welche S. auf der gynäkologischen Abtheilung des Mercy-Hospitals in Pittsburg an einem Material von über 100 operirten Fällen anstellte, ergaben, dass sehr häufig nach grösseren Operationen acute Hyperaemie und Entzündung der Nieren auftritt ohne jedoch in der Mehrzahl der Fälle ernstliche Complicationen oder bleibende Folgen zu verursachen. Die Ursachen dieser Erscheinung sind theils in prädisponirenden Momenten und in der im Verlaufe der Operation eintretenden Hautabkühlung, sowie hauptsächlich in der Einwirkung toxischer Stoffe zu suchen, welch' letztere aus dem angewendeten Anaesthesirungsmittel, oder Ptomainen und bacteriellen Giften entstammen, welche durch die Operation in die Circulation gelangen. Aus dieser Deduction ergeben sich auch von selbst die zur Verhütung dieser Complication empfehlenswerthen Vorschriften: sorgfältige Ueberwachung der Se- und Excretion vor und nach der Operation, Vermeidung allzulanger Exposition des zu Operirenden, Verbrauch eines möglichst geringen Quantums des Anaestheticums, rasche und vollkommene aseptische Operation.

8) Joseph Wiener-New-York: **Zur Frühdiagnose des Uteruscarcinoms.** (The American Journal of Obstetrics, December 1899.)

In dieser mit zahlreichen Abbildungen und ausführlichem Literaturverzeichniss versehenen Abhandlung kommt W. zu dem Schlusse, dass die Diagnose nur mit Hilfe des Mikroskops gestellt werden kann. Uteruscarcinom kann in jedem Alter, bei Virgines und Nulliparen sowohl, wie bei Mehrgebärenden vorkommen. Jede atypische Uterusblutung, nicht zum mindesten in der Menopause, ist verdächtig und erfordert genaue Untersuchung.

9) Edward P. Davis-Philadelphia: **Prophylaxe und Therapie der Eklampsie,** und

10) J. C. Edgar, A. King-Washington, Edward Reynolds und Richard C. Norris-Philadelphia: **Zur Behandlung der puerperalen Eklampsie.** (Therapeutic Gazette, December 1899.)

Die Therapeutic Gazette gibt hier eine Serie von Originalartikeln aus der Feder hervorragender Gynäkologen, auf deren Details hier nicht näher eingegangen werden kann. Hervorgehoben wird besonders, dass das Auftreten der Eklampsie in der Mehrzahl der Fälle durch prophylaktische Maassnahmen verhindert werden kann. Die von den einzelnen Autoren empfohlenen Behandlungsmethoden variiren nach verschiedenen Richtungen.

11) Howard A. Kelly: **Die Giftschlangen Nordamerikas,** und

Thomas R. Brown-Baltimore: **Ueber Chemie, Toxikologie und Behandlung der Schlangengifte.** (Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, December 1899.)

Während K. eine ausführliche Beschreibung der Giftschlangen von Nordamerika gibt, mit drei vorzüglich ausgeführten Tafeln, weist B. in einem Resumé der bisherigen Untersuchungen und Beobachtungen auf den Werth des Calmette'schen Giftserums hin.

12) Guy L. Hunner und Irving P. Lyon: **Ueber die Capacität der weiblichen Blase.** (Ibid.)

Interessante Versuche über die Ausdehnungsfähigkeit der Blase, sowie über die Lageverhältnisse der Organe des kleinen Beckens bei verschiedenen Füllungszuständen der einzelnen Organe, angestellt an 25 weiblichen Personen. Während die Durchschnittscapacität der Blase für Luft 303 ccm ist, beträgt sie für Flüssigkeiten 430 ccm. Bei Nulliparen ist die Capacität grösser als bei Multiparen, 319 bezw. 464 ccm gegenüber 291 bezw. 395 ccm. In 22 von den 25 Fällen zeigte sich eine asymmetrische Ausdehnbarkeit der Blase und zwar in 16 Fällen nach links. Die durchschnittliche Länge der Urethra wird auf 3,3 cm angegeben.

(Fortsetzung folgt.)

Lacher-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 28. Februar 1900.

Herr **Benas** demonstrirt eine Frau, die ausser den normal entwickelten Brüsten noch zwei Paar **Mammae** besitzt, die schon in der Mädchenzeit bei der Menstruation anzuschwellen pflegten und später bei der Lactation Milch secernirten. Dieselben sitzen oberhalb und achselwärts von den normalen Mammae. Daneben finden sich noch rudimentäre Warzen.

Tagesordnung:

Herr **Th. Weyl: Die Assanirung von Konstantinopel auf Grund eines der türkischen Regierung vorgelegten Berichtes.** (Schluss.)

Hans Kohn.

Verein für innere Medicin in Berlin.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 26. Februar 1900.

Demonstration:

Herr **A. Fraenkel** demonstrirt das anatomische Präparat eines **Aortenaneurysma,** das mit **Gelatineinjectionen** behandelt worden war. Der 53 jährige, an sicherer tertiärer Lues leidende Mann war im März 1898 zum ersten Male im Krankenhaus am Urban mit Gelatineinjectionen behandelt worden und zwar 6 Wochen lang, 2 mal wöchentlich mit 50 ccm einer ½ proc. Lösung subcutan. Es trat eine sehr erhebliche Besserung ein, doch legt Vortragender Gewicht darauf, dass der Kranke während der ganzen Zeit der Behandlung strenge Bettruhe einhielt. Der Kranke verliess gegen den ärztlichen Rath die Anstalt, um nach einigen Monaten in viel schlechterem Zustand zurückzukehren (October). Hierauf zweite Injectionscur; 2 proc. Lösung, zweimal wöchentlich; 26 Injectionen. Wiederum andauernde Bettruhe. Bedeutender Rückgang aller Symptome und Entlassung. Bald darauf kam Patient zurück und starb kurze Zeit nach der Aufnahme.

Die Section ergab ein kindskopfgrosses Aneurysma, dessen Wand belegt war von einem ca. 1½ cm dicken, alten Fibringerinnsel. Vortragender „zeigt dasselbe ohne jeden weiteren Commentar und hält sich reservirt in Bezug auf die Frage, ob die Injectionen die Gerinnung bewirkt haben oder nicht". Er betont aber, wie schon früher die grosse Bedeutung der strengen Bettruhe während der ganzen Behandlungszeit.

Discussion: Herr Litten hat 4 Fälle behandelt, ohne jeden Einfluss. Sowohl bei dieser, wie bei allen in den letzten Jahrzehnten vorgeschlagenen Behandlungsmethoden für das Aneurysma hält er die Bettruhe für das Wichtigste.

Tagesordnung.

Herr **Rubinstein: Ueber verschiedene Formen chronischer Gelenkentzündung und ihre Unterscheidung.**

Vortragender, ein Schüler Schüller's, vertritt im Wesentlichen dessen kürzlich in der Berl. klin. Wochenschr. publicirten Anschauungen. Er unterscheidet zwischen dem chronischen Gelenkrheumatismus, der theils aus dem acuten hervorgeht, theils subacut einsetzt und eine grosse Neigung zur Ankylosirung (Wirbelsäulensteifigkeit gehört auch hiezu) zeigt, ferner die Arthritis chronica villosa hyperplastica und die Arthritis deformans. Mit Schüller bestreitet er, dass die Arthritis deformans aus der nur den Kapselapparat befallenden und den Knochen stets verschonenden Arthritis villosa hervorgehen könne. Die Bedeutung der von Schüller für letztere Affection verantwortlich gemachten Bacillen lässt er unentschieden.

Bei Arthritis villosa helfen nach Schüller's und seiner Erfahrung Jodoforminjectionen, im späteren Stadium operative Entfernung der Zotten, bei der Arthritis deformans, die eine Stoffwechselanomalie darstelle, helfe hingegen zuweilen eine diätische und Mineralwassercur.

Der Name Arthritis nodosa sei am besten ganz fallen zu lassen und das Malum senile coxae nicht eine einfache Arthritis deformans, sondern eine eigene Krankheitsform.

Herr **Determann** a. G.: **Die Beweglichkeit des Herzens bei Lageveränderungen des Körpers.**

Mit Hilfe der Percussion und von Röntgenstrahlendurchleuchtung an vielen Hunderten von Patienten und zahlreichen Controlversuchen an der Leiche hat Vortragender die Grenzen der Verschieblichkeit des Herzens unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen studirt. Dieselben sind grossen individuellen Schwankungen unterworfen, betragen für gewöhnlich einige Centimeter (nach links 2½, nach rechts 1½), bisweilen, namentlich bei chlorotischen und neurasthenischen Individuen mehr, bei letzteren namentlich, wenn sie abgemagert sind.

Bei Emphysem ist sie im Allgemeinen vermindert; besonders gross hingegen bei brüsk Entfetteten. Dass bei Arteriosklerose eine geringere Beweglichkeit bestehe, wie mehrere Autoren annehmen, konnte er nicht bestätigen.

Die Folgen der grösseren Beweglichkeit sind im Allgemeinen geringe. Bei Neurasthenikern mögen jedoch manche Beschwerden davon kommen, so z. B., dass manche nicht auf der linken Seite schlafen können. Die Pulsfrequenz scheint links zuzunehmen. Der Blutdruck bleibt unverändert. Therapeutisch kommen neben den anderen allgemeinen Maassnahmen namentlich die bessere Ernährung in Betracht und prophylaktisch die Vermeidung brüsker Entfettungscuren.

Discussion: Herr Fraenkel: Traube hat die abnorme Beweglichkeit des Herzens für ein Frühsymptom der Arteriosklerose gehalten; er selbst halte dieses Symptom doch für sehr unsicher und individuell. Dass manche Menschen links liegend nicht schlafen können, habe er immer für eine Folge des Druckes der Leber gehalten, namentlich bei gefülltem Magen, der seinerseits den Druck auf das Herz fortpflanze.

Herr Gerhardt: Für die Fixation des Herzens und seine gegebenen Falls abnorme Beweglichkeit kommen die Fettleisten des Pericards auch sehr in Betracht. Beschwerden mache die abnorme Beweglichkeit für gewöhnlich nur dann, wenn die Leute etwas davon wissen, ähnlich wie es bei der Wanderniere der Fall sei.

Hans Kohn.

Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 15. Februar 1900.

Herr **Geissler** stellt einen Knaben mit einem atypischen **Blutbefunde** vor. Pat. ist sehr anaemisch. Leber, Milz vergrössert, ebenso einzelne Lymphdrüsen, zuweilen Nasenbluten, Petechien. Rothe Blutkörperchen ½—1 Million; weisse Blutzellen vermehrt bis zu 33 000. Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen 1:17, 1:32, 1:35. Lymphocyten 95 Proc., polynucleäre Leukocyten 5 Proc. Normo- und Megaloblasten. Diagnose unsicher. Man kann denken an Pseudoleukaemia infantum, an perniciöse Anaemie, an ein aleukaemisches Vorstadium der Leukaemie.

Herr **Japha** macht zu diesem Fall nähere Mittheilungen über die Morphologie des Blutes. Auffällig ist der reichliche Befund an Megalocyten und Megaloblasten, die bedeutende Verminderung der polynucleären Leukocyten, die Vermehrung der Lymphocyten. Wahrscheinlich handelt es sich um eine perniciöse Anaemie mit Uebergang in Leukaemie (Lymphaemie).

Herr **Stenger** stellt vor:

1. **Sinusthrombose** bei einem 23 jähr. Dienstmädchen, welches wegen Ohrenschmerzen, Ohrenlaufen, Kopf- und Nackenschmerzen aufgenommen wurde. Otitis chron. Der Warzenfortsatz druckempfindlich. 26. I. Radicaloperation. Cholesteatom. Freilegung des Sinus bis zum Foramen jugulare. Spaltung desselben, Entfernung des nicht eitrigen Thrombus. Später r. Pleuraexsudat und Leberschwellung mit Ikterus. Freilegung der rechten Jugularvene, welche bis zur Cartilago cricoidea thrombosirt war. Unterbindung unterhalb der Vena thyreoidea, Entfernung des eitrigen Thrombus. — Das Pleuraexsudat erwies eine Probepunction als trüb-serös, jetzt ist dasselbe resorbirt. Pat. befindet sich in voller Genesung.

2. Ueber einen Fall von **Stirnlappenabscess nach Stirnhöhleneiterung.** Demonstration des Gehirns. 20 jährige Cartonarbeiterin hatte früher eine Eiterung der r. Augenhöhle durchgemacht. Danach litt sie an epileptischen Anfällen, die für einige Zeit wieder aussetzten. Entbindung. Neue Anfälle. Nun kam Pat. zur Ohrenklinik. Ohreiterung rechts. Stirnhöhleneiterung. Operation. Besserung. Dann neuerdings Verschlimmerung unter heftigen Kopfschmerzen. Tod. Obduction: Abscess im Frontallappen ausgehend von der Stirnhöhleneiterung. Die Operation war wegen der Besserung nach dem ersten Eingriff aufgeschoben worden.

Herr **Burghart** zeigt eine **Ascitesflüssigkeit** mit dem auffallend niedrigen specifischen Gewicht von 1004, herrührend von einem etwa 40 jährigen Kranken mit chronischer Nephritis. Das Fluctuationsgefühl war ein sehr grossschlägiges, ein Symptom, das durch das niedrige specifische Gewicht erklärt wird.

Herr **Burghart: Weiteres über Beeinflussung der Diazoreaction durch Substanzen starker Affinität zu dem Ehrlich'schen Reagens.**

Jod, auch innerlich, und Tannin heben die Diazoreaction auf, oft auch Kreosot und Kreosotal. Ferner bringen viele Farbstoffe die Diazoreaction zum Verschwinden, so besonders die Phenole. Durch Entfernung der Phenole des Harns mit Amylalkohol wird die Diazoreaction im Rückstande oft sehr deutlich positiv, nachdem sie im Harn direct negativ gewesen war. Die Phenole stören die Diazoreaction nicht in jedem Falle. Bei Fehlen und auffälligem Schwanken der Diazoreaction bei Krankheiten, in denen sie gewöhnlich vorhanden ist, muss man an eine reichliche Phenolausscheidung als Ursache denken und die Phenole durch Amylalkohol entfernen. B. ist nach neuen Versuchen der Meinung, dass die Diazoverbindungen verschiedene Körper sind, welche zum Theil in Amylalkohol löslich, zum Theil unlöslich sind.

Discussion: Herr Michaelis, Herr Burghart.

Herr **Brandenburg** stellt einen 25 jährigen Kranken mit **Scarlatina bullosa** vor; er betont die Seltenheit und die schlechte Prognose dieser Fälle.

W. Zinn-Berlin.

Greifswalder medicinischer Verein.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 3. Februar 1900.

Vorsitzender: Herr Landois. Schriftführer: Herr Busse.

1. Herr **Rosenthal** demonstrirt einen Fall von hochgradigem **Meteorismus**, wahrscheinlich in Folge von angeborener Darmstenose. Das jetzt 3½jährige Kind soll von Geburt an einen aufgetriebenen Leib gehabt haben, dessen Umfang stets, besonders aber in den letzten 8 Wochen zugenommen hat. Am 13. I. 1900 wird es in die Universitäts-Kinderklinik aufgenommen, nachdem die schon vorher dürftigen und unregelmässigen Stuhlentleerungen angeblich seit 5 Wochen überhaupt ausgeblieben waren. Ernährungszustand äusserst dürftig, das Abdomen hatte einen grössten Umfang von 84 cm. Das Kind verdrängt 14 Liter Wasser exclusive Kopf und Hals, während es im Ganzen nur 10,6 kg wiegt. Durch Darmausspülungen, Bauchmassage etc. wurden reichliche übelriechende Faeces und Darmgase entleert und der Umfang um 20 cm vermindert. Der Umstand, dass dieser Zustand schon von Geburt an besteht, spricht gegen chronische Dyspepsie und für eine angeborene Darmstenose, die nach Besserung des Allgemeinbefindens chirurgisch zu beseitigen sein wird.

2. Herr **Grawitz: Ueber Adenocarcinome mit Projection von Mikrophotogrammen.**

Die Bildung der drüsenähnlichen Geschwülste kann auf sehr verschiedene Weise vor sich gehen. Einmal sieht man, dass von Drüsen aus bei der Wucherung derselben eine Ausstülpung des Drüsenlumens nach der verschiedensten Richtung hin erfolgen kann (Typ. I), es bestehen also von vornherein Lumina, die von annähernd cylindrischen Zellen ausgekleidet sind. Zweitens kann die Wucherung zunächst kleine solide Zellhaufen schaffen, die erst später bei der Ausreifung der Zellen hohl werden und um das Lumen Cylinderzellen formiren (Typ. II). Bei dieser Art der Bil-

dung kann man noch zwei Unterabtheilungen unterscheiden, entweder die Zellnester stehen in directem, unmittelbarem Zusammenhang mit Drüsenbläschen, das Wachsthum der Epithelien erfolgt in continuirlichem Zuge oder aber, entfernt von den fertigen Drüsenbläschen entstehen im Bindegewebe Zellhaufen, bei denen also ein Zusammenhang mit den vollendeten Epithelschläuchen nicht zu erkennen ist, discontinuirliches Wachsthum. Drittens kommen nun auch Tumoren zur Beobachtung, in denen Epithelien in die Lymphbahnen des Bindegewebes wuchern, und dabei dickere und dünnere Bindegewebsbündel umschliessen, durch deren Schmelzung und Verflüssigung dann ein Lumen zu Stande kommt (Typ. III). Nur bei Typus I handelt es sich von vornherein um Cylinderzellen und ausschliesslich um ein Hervorgehen aus einer bereits mit drüsigen Hohlräumen versehenen Matrix. Bei Typ. II und III gibt es zunächst kleine, solide Zellhaufen einfacher, runder Zellformen, die sich erst nachher zu Cylinderzellen differenziren. In diesem Falle ist es gar nicht einmal erforderlich, dass die Matrix der Geschwülste schon an sich drüsige Structur besitzt, sondern z. B. auch das Epithel der Oberhaut und der Nebenniere und das Zahnkeimepithel kann nach Anfangs soliden Zellwucherungen schliesslich Drüsenschläuche oder kleine Cysten bilden. Typ. I wird in einem Adenom der Thränendrüse, Typ. II in einigen Photogrammen von Gallertkropf gezeigt. Einen extremen Grad des discontinuirlichen Wachsthums stellen die nicht selten in Knochen beobachteten Metastasen von Struma maligna dar. Der Typ. III tritt am deutlichsten in einem Tumor der Hypophysis hervor. In Adenocarcinomen des Rectum und der Ovarien finden sich gewöhnlich alle 3 Typen. Einige Photogramme zeigen das Hervorgehen von Drüsenschläuchen aus den tieferen Schichten des Rete Malpighi an einem Tumor der Achselhöhle bei einem Soldaten und einer Geschwulst der Nackenhaut bei einer älteren Frau. In einem Tumor der Nebenniere wird ein anderes Beispiel demonstrirt, wie durch Verflüssigung von Epithelien und Bindegewebe aus soliden Massen durchaus glanduläre Bildungen werden können. Auch die cystischen Geschwülste des Unterkiefers, die von den „Débris epithéliaux", den nicht verbrauchten Zahnkeimresten hervorgehen, liefern nach Typ. II und III vielfach cystische und drüsige Geschwüre. Zum Schluss werden zahlreiche Bilder aus den Parotisgeschwülsten demonstrirt, die den Beweis liefern, dass die Drüsenepithelien selbst in Wucherung gerathen und die Abkömmlinge derselben den Haupttheil der so oft als Endotheliome aufgefassten Geschwülste liefern, vielfach auch nach dem Typ. III. Der histologische Bau gibt nur annäherungsweise einen Maassstab für den Grad der Bösartigkeit; im Allgemeinen ist der Tumor um so bösartiger, je weniger rasch und je weniger vollständig die krebsigen Anfangsstadien zu dem vollendeten Drüsen- und Cystenbau übergehen.

3. Herr **Triepel: Ueber Stossfestigkeit der Knochen.**

Es empfiehlt sich in der Anatomie und Chirurgie, nicht nur Angaben über die statische Festigkeit der Gewebe und Organe in Gewichtseinheiten zu machen, sondern auch solche über ihre Stossfestigkeit in Kilogramm-Metern. Versuche über die Stossfestigkeit sind mit ziemlich beträchtlichen Schwierigkeiten verknüpft, weil von der lebendigen Kraft, die man im Experiment auf einen Körper einwirken lässt, immer mehr oder weniger verloren geht, und nur wenige derartige Versuche liegen bisher vor. Man kann nun aber die Stossfestigkeit aus der statischen Festigkeit berechnen mit Hilfe von Gleichungen über die bei der statischen Beanspruchung geleistete Arbeit. Die Gewalten, die im Körper zu Continuitätstrennungen führen, müssen immer grösser sein, als die für die Stossfestigkeiten berechneten Werthe, weil eben auch hier lebendige Kraft in Verlust geräth, d. h. zu anderen Aufgaben als den Continuitätstrennungen verwandt wird, vor Allem durch die Unterlage und durch die Gewebe, die sich zwischen dem stossenden und dem zerbrechenden oder zerreissenden Körper befinden. Es werden einige Zahlenangaben gemacht über die (durch Rechnung ermittelten) Stossfestigkeiten einiger Knochen. Eine ausführliche Darstellung wird an anderer Stelle gegeben werden.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 27. Februar 1900.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. Demonstrationen.

1. Herr Krause-Altona demonstrirt einen Patienten, bei dem er die **Exstirpation der linken Kehlkopfhälfte und der vorderen Wand des Oesophagus** mit plastischem Ersatz vorgenommen hat. Cf. diese Wochenschr. No. 5, pag. 169.

2. Herr Schmilinsky stellt ein 9 jähriges Mädchen vor, bei dem er ein **Offenbleiben des Ductus Botalli** neben einer Dextrocardie diagnosticirt hat: Cyanose, Trommelschlegelfinger, schornsteinförmige Herzdämpfung, Erweiterung des venösen Ventrikels, lautes Geräusch an der Pulmonalis, 2. Ton stark klappend. Röntgenaufnahme.

Derselbe bespricht ferner einen Fall von **Sanduhrmagen.** Der 37 jähr. Kranke hatte nach ganz geringer Nahrungsaufnahme äusserst schwere Schmerzparoxysmen. Die Magensonde kam bei 50 cm auf einen Widerstand, bei dessen Berührung die gleichen Schmerzen geäussert wurden; an Stelle der normalen 2 Schluckgeräusche hörte man beim Schluckacte zahlreiche Stenosengeräusche; die Schwammsondenuntersuchung ergibt Blut. Eine mit Schroth gefüllte Magensonde zeigt sich auf dem Röntgenbild am cardialen Abschnitt des Magens unter dem Rippenbogen in Schneckengewinden aufgerollt. Probelaparotomie ist indicirt.

3. Herr **Albers-Schönberg: Fortschritte in der Röntgentechnik.**

Während man früher zur Herstellung eines relativ guten Thoraxbildes einer mehrere Minuten dauernden Expositionszeit bedurfte, hat die Einführung des Wehnelt'schen elektrolytischen Unterbrechers eine Abkürzung der Belichtungszeit auf Secunden, ja sogar auf Bruchtheile von Secunden ermöglicht. Den grössten Vortheil von dieser Schnelligkeit des Verfahrens haben die Thoraxuntersuchungen gehabt. Während es früher nicht gelang, ein klares und scharfes Bild vom Herzen und Zwerchfell zu gewinnen, da die Athmung die Contouren verwischte, ist es jetzt möglich, das Zwerchfell als eine scharfe Linie, das Herz als einen scharf conturirten Körper zu fixiren. Bei richtiger Anwendung des Verfahrens kann man unschwer die baumförmige Verästelung der Bronchien in den Lungen zur Darstellung bringen. Vortragender zeigt diesbezügliche Platten, sowie ein von Prof. Rieder in der Ziemssen'schen Klinik in München in $^1/_6$ Secunde gemachtes Thoraxbild. In Folge der Möglichkeit, Brustaufnahmen in ausserordentlich kurzer Zeit zu machen, kann man sowohl Inspirations- wie Exspirationsstellungen fixiren, ohne befürchten zu müssen, dass die Athembewegungen das Bild verwischen. Die Bedeutung des Verfahrens für die Diagnose liegt auf der Hand, da eine Reihe von Erkrankungen der Organe der Brusthöhle sichtbar gemacht werden können, die früher darzustellen unmöglich war.

II. Discussion über den Vortrag des Herrn **Rumpel: Ueber Variola und Streptococceninfection.**

Herr Reincke gibt einige Daten über Pockenfälle in Hamburg. Seit der Epidemie der Jahre 1870/71 mit ca. 4000 Todesfällen unter 40—50 000 Erkrankungen sind in Hamburg nur 63 Individuen an Pocken gestorben. Sämmtliche hier beobachtete Pockenerkrankungen sind auf Einschleppung von auswärts zurückzuführen. Die Einschleppung geschieht meist durch russische Auswanderer, deren sanitätspolizeiliche Ueberwachung daher auf das Strengste durchgeführt wird, zum kleineren Theil durch erkrankte Seeleute. R. führt einzelne kleinere Epidemien an und vergleicht insbesondere die von Rumpel beschriebene, sich auf 4 Fälle beschränkende Epidemie mit einer ähnlichen des Jahres 1887, die sich auf einen zugereisten Pockenkranken zurückführen liess. In diesem Falle gelangte der Infectionskeim in niedere, ärmliche Kreise der Bevölkerung und verursachte 77 Erkrankungen mit 17 Todesfällen. Die Gefahr der Ausbreitung der Infectionskrankheiten nimmt zu, je ungünstiger die socialen und hygienischen Verhältnisse der Bevölkerungsclasse sind, die jeweils betroffen werden. R. bespricht die Bekämpfungsmassregeln, die in Isolirung der Kranken und in ausgedehnter Impfung der Umgebung zu bestehen haben.

Herr Arning erwähnt, dass Ende December in Marseille eine Blatternepidemie ausgebrochen ist und dass einzelne Erkrankungen in Genf vorgekommen sind. Mit Wahrscheinlichkeit besteht ein Zusammenhang dieser Infectionen mit dem ersten Fall des Herrn Rumpel.

Herr Voigt bemerkt, dass die an Purpura variolois verstorbene Frau nur als Kind geimpft sei, während die übrigen Fälle geimpft und revaccinirt waren.

Herr Paaschen constatirt das negative Ergebniss der Thierversuche.

Herr Rumpel betont, dass in pockenfreien Zeiten aus den Frühformen des Exanthems die Diagnose unmöglich sei. Der „initiale Rash" ist nicht immer in typischer Weise vorhanden.

R. hält es für möglich, dass eventuelle Mikroorganismen in der Haut (Streptococcen) bei der Bildung der serösen Blasen durch das sich bildende, bactericid wirkende Serum zerstört werden. Damit ist es erklärt, dass die in der Entwickelung begriffene Pockenblase, ehe sie durch secundäre Eitercocceninvasion zur Pustel wird, stets steril gefunden wird. Die Frage der Uebertragbarkeit der Streptococcen von Mensch auf Mensch, sowie von Mensch auf Thier und umgekehrt ist noch nicht genügend erklärt. Werner.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 9. Januar 1900.

Vorsitzender: Herr A. Wiesinger.

Schriftführer: Herr Härting.

Herr **C. Lauenstein** demonstrirt einen 41 jährigen Mann, der seit 4 Jahren an einer **intermittirenden Anschwellung der Genitalien** leidet. Anfangs trat die Anschwellung von Penis, Scrotum und rechter Hälfte des Dammes alle Vierteljahr ein, dann alle zwei Monate, seit einem Jahre etwa regelmässig alle 8 Tage. Während das Allgemeinbefinden im Wesentlichen ungestört bleibt, tritt neben der Schwellung eine intensive Röthung auf, dann berstet die Haut an vielen Stellen und die geschwollenen Theile nässen sehr stark, indem sie eine ganz klare Flüssigkeit absondern. Eine gänzliche Abschwellung der Theile tritt nicht ein, vielmehr bleibt eine bestimmte Verdickung zurück in Gestalt von warzigen Hervorragungen der Scrotalhaut, einer gleichmässigen Schwellung des Praeputiums und des Penis, sowie einer über halbhaselnussgrossen, warzigen Anschwellung am hinteren Ende des Perineums rechts vom After. Was nun die Aetiologie anlangt, so ist Pat. niemals im Auslande gewesen, sondern hat nur in Leipzig und Hamburg gelebt. 1875 hat er Gonorrhoe acquirirt, 1877 Ulcus molle, 1879 beiderseitige Leistendrüsenentzündung, die geschnitten wurde und eine 3 monatliche Hospitalbehandlung erforderte. 1887 wiederum beiderseitige Leistendrüsenentzündung und $2\frac{1}{2}$monatliche Hospitalbehandlung. Im Jahre 1895 war Pat. bei einem Umzuge beschäftigt und hob ein sehr schweres Stück Möbel. Dabei verspürte er plötzlich einen heftigen Schmerz im „Gemächte“ und eine sehr starke Anschwellung desselben. Diese ging unter Umschlägen in ca. 3 Tagen wieder vorüber. Venenausdehnungen bestehen nicht.

Pat. ist schon wiederholt operirt, d. h. es sind ihm von den Warzen und Protuberanzen wiederholt welche weggeschnitten und weggebrannt, aber immer sind sie wiedergekehrt.

L. vermuthet nun, dass in Folge der zweimaligen Leistendrüsenentzündungen die Wegsamkeit der Lymphgefässe, die von Penis, Scrotum und rechter Dammhälfte entspringen, beeinträchtigt resp. aufgehoben worden ist, so dass die Lymphe nicht im Stande ist, abzufliessen, und dass dadurch das Krankheitsbild bedingt ist.

Er will versuchen, dem Pat. dadurch zu helfen, dass er ihm innere oder äussere Abzugscanäle oder Oeffnungen anlegt.

Discussion: Herr Unna betont die klinische Aehnlichkeit des Falles mit Manson's Lymphscrotum. Auch dieses ist mit einer elephantiastischen Beschaffenheit der Scrotalhaut oft verbunden, regelmässig mit Drüsenschwellungen, periodischen Anschwellungen des Scrotums bei allgemeinem Unwohlsein und Absonderung von Lymphe aus den zahlreichen oberflächlichen Lymphangiektasien. Da der Pat. nicht von Hamburg fortgekommen ist, kann es sich nicht um eine Filariadermatose handeln, aber der klinischen Aehnlichkeit mit Lymphscrotum wegen vielleicht um eine ähnliche Aetiologie. Auf alle Fälle sei bei Stellung der Diagnose zu beachten, dass kein einfacher Fall von Oedema scroti vorliege, sondern eine Neubildung, nämlich eine elephantiastische Verdickung der Scrotalhaut und eine reichliche Bildung von oberflächlichen Lymphangiomen auf derselben.

Herr Sänger fragt an, ob bei dem Patienten nervöse Störungen vorhanden seien, da mit Störungen des Nervensystems öfters intermittirende Oedeme, besonders mit Hauterkrankungen combinirt vorkämen.

Herr C. Lauenstein gibt an, einen genauen Nervenstatus nicht aufgenommen zu haben, doch solle dieser noch vorgenommen werden.

Herr **C. Lauenstein** demonstrirt Präparate und Röntgenbilder eines Falles von **Spontanfractur des linken Oberschenkels.** Die Patientin, eine verheirathete Frau, 54 Jahre alt, Mutter von zwei lebenden Kindern, bekam vor etwa 5 Jahren „rheumatische“ Schmerzen im ganzen Körper, in den Knien beginnend und auf die Schultern übergehend. Vor einem Jahre wurde sie in einem gymnastischen Institute, namentlich auch wegen Beschwerden in der rechten Hand mit der „Klopfmassage“ behandelt. Es trat jedoch keine Besserung ein. Vom 7. II. bis 28. III. a. c. wurde sie im Alten Allgem. Krankenhause wegen „Rheumatismus chron.“ behandelt mit Bädern, Douchen, Faradisation und Massage, jedoch ging sie, wie sie gekommen war, an zwei Stöcken gehend, wieder ab. Am 25. VII. schwoll das linke Bein an, zuerst über und unter dem Knie. Am Abend des 8. VIII. lag sie zu Bett, nachdem sie noch den Tag über leidlich hatte gehen können; sie wollte noch einmal aus dem Bette steigen und drehte sich zu diesem Zwecke auf die linke Seite. In diesem Augenblicke spürte sie einen blitzartigen Schmerz im linken Beine. Das Bein legte sich „nach aussen“ um, und seitdem konnte Pat. weder gehen noch stehen. Als sie am 23. VIII. auf die chirurgische Abtheilung Bethesda's aufgenommen wurde, war der ganze linke Oberschenkel stark geschwollen und zeigte eine Fractur an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel mit starker Disloc. ad axin (Convexit. nach aussen). Keine Spur von Callusbildung. Ausserdem ergab die Röntgen-Durchleuchtung eine sehr zarte Spongiosa und eine sehr dünne Corticalis. Es erfolgte keine Spur von Consolidation. Daher ging Pat., die sehr viele Schmerzen in dem geschwollenen linken Bein hatte, am 3. XI. a. c. auf den Vorschlag der Amputation des Oberschenkels an der Fracturstelle ein und fühlt sich seitdem auch sehr erleichtert. Die Amputationswunde hat bisher gleichmässige Fortschritte in der Heilung gemacht und ist jetzt nahezu geschlossen. Die genaue Untersuchung des amputirten Beines ergab nun eine ganz ausserordentliche Weichheit und Brüchigkeit des Knochens, eine hochgradige Armuth an Kalksalzen und multiple, theils im Mark liegende, theils die Corticalis lochförmig durchsetzende Tumoren, die sich mikroskopisch als sehr gefässreiche Riesenzellensarkome erwiesen. Die nachträgliche weitere Untersuchung der Pat. mit Röntgenstrahlen hat nun die Anwesenheit zahlreicher Tumoren in dem übrigen Skelett ergeben, namentlich auch in den Mittelhand- und Fingerknochen beider Hände. Der damals mit der Klopfmassage behandelte Metacarpus ist zum Theil resorbirt, der Finger durch Einsinken gegen die Mittelhand verkürzt. Die genaue fernere Beobachtung des Falles hat nun ergeben, dass ausser einem ganz geringen Eiweissgehalt des Urins und der Anwesenheit von spärlichen hyalinen Cylindern, die in letzter Zeit aufgetreten sind, keine Organerkrankungen bestehen. Der Bence-John'sche Körper oder Albumose sind nicht nachgewiesen im Urin. Das Blut zeigt keine Veränderung. Difformitäten des Skelettes fehlen. An der Bruchstelle des Oberschenkels liess sich keine Tumorsubstanz nachweisen. So ist der Sitz der Fractur wohl auf die Oertlichkeit der einwirkenden Gewalt zurückzuführen. Nach dem bisherigen Verlaufe des Falles zu urtheilen, hat das Riesenzellensarkom hier einen mehr gutartigen Charakter, wie wir ihn auch von der Epulis her kennen. Leider ist aber die Gutartigkeit nicht die gewöhnliche Eigenschaft der Riesenzellensarkome. Es gibt Fälle mit sehr malignem Charakter.

Discussion: Herr Simmonds fragt an, ob die Fractur an einer Stelle des Femur entstanden sei, wo Tumormassen vorhanden gewesen seien.

Herr C. Lauenstein gibt an, an der Fracturstelle selbst sei keine Tumormasse vorhanden gewesen; man müsse also annehmen, dass andere Momente den Femur gerade an einer von Tumor freien Stelle haben brechen lassen und dass vielleicht Einwirkung einer grösseren Muskelwirkung an der betr. Stelle oder osteoporotische Processe die Ursache des Bruches an dieser Stelle seien.

Herr **Henkel** demonstrirt einen Fall von **Vitium cordis congenitum** (sehr grosser Septumdefect, Pulmonalstenose und Insufficienz).

Das Präparat stammt von einem 15 jährigen Jungen, der, hereditär nach keiner Richtung belastet, ohne jede Kunsthilfe zur Welt gekommen war. In den ersten Lebensjahren Blausucht und allgemeine Krämpfe alle paar Tage. — Während der Schulzeit keine Krämpfe mehr, wohl aber vielfach Schwindelgefühl und Ohnmachtsanfälle. Geistige Entwicklung vollständig normal. Am 22. I. 99 plötzlich Haemoptoe. Nach 8 Wochen Wiederholung. Am 12. VI. Krankenhausaufnahme — Eppendorf, Abtheilung Dr. Rumpel.

Anamnestisch bemerkenswerth ist, dass Pat. niemals Gelenkrheumatismus, nie Masern, Scharlach, Diphtherie oder Typhus gehabt hat.

Der Aufnahmebefund ergab: graciler, intelligenter Junge. Ganz leichte Cyanose im Gesicht. Keine Venenpulsation am Hals. Keine Oedeme. Endphalangen der Finger etwas verdickt. Fingernägel blau. Keine Drüsenschwellung.

Nervensystem ohne jede Veränderung.

Herzdämpfung nach rechts und nach oben verbreitert. Spitzenstoss an normaler Stelle sichtbar. Ueber allen Ostien lautes syst. Geräusch, am lautesten über der Pulmonalis, hier auch leises diast. Geräusch. Puls 64, regelmässig gespannt. Pulscurve bietet nichts Besonderes. Bei fehlendem Auswurf wurde ein doppelseitiger Lungenspitzenkatarrh festgestellt. Keine Temperaturen. — Am 9. Tage des Krankenhausaufenthaltes Haemoptoe — positiver Tuberkelbacillenbefund. Haemoglobingehalt nach Gowers 95 Proc. Die mikroskopische Untersuchung frischen und gefärbten Blutes, ebenso die Betrachtung desselben im Spectralapparat ergab durchaus normale Verhältnisse. Krankheitsverlauf wird im Wesentlichen von der progredienten Lungentuberculose beherrscht, die fieberfrei verlief; — höchste Temperatur 37,8 zweimal. Am 8. I. 1900 Exitus letalis.

Die Section ergab ziemlich starke Cyanose im Gesicht, Blaufärbung der Fingernägel. Pralle Füllung der tiefen Halsvenen, keinen Ascites, keine Oedeme. Doppelseitige sehr progresse Lungentuberculose. Im Herzbeutel ca. 10 ccm klare, bernsteinfarbene Flüssigkeit, Herz erheblich grösser als die Faust der Leiche unter gleichmässiger Betheiligung beider Ventrikel. Aorta auf Wassereinguss schlussfest, Pulmonalis nicht. Pulmonalis für Sonde von Bleistiftdicke eben durchgängig. Von den Pulmonalklappen sind nur zwei nachweisbar, die in grosser Ausdehnung mit einander verwachsen sind. Die beiden Sinus Valsalvae stark erweitert.

Aortenklappen sind zart, vollkommen intact, ebenso Mitralis und Tricuspidalis, Foramen ovale geschlossen, dessgleichen Duct. Botalli. Der Defect im Septum ist bequem für den Mittelfinger durchgängig. Er sitzt im hinteren Schenkel des vorderen Septums, des Theiles, der die Aorta rechts umfasst und ihr zum Theil als

Insertion dient (Rokitansky). Es handelt sich also um eine Communication beider Ventrikel unter dem Aortenursprung. Der Rand der Oeffnung wird von Muskelgewebe gebildet, dessen endocardialer Ueberzug erheblich verdickt ist. — Section der Bauchorgane ergibt nichts Bemerkenswerthes.

Herr **Saenger: Ueber Hirnsymptome bei Carcinomatose.**

Anschliessend an die Arbeiten Oppenheim's und Bettelheim's im Jahre 1888, in welchen diese Autoren Fälle von Carcinomatose mittheilten, deren scharf umschriebene Hirnsymptome keine Erklärung durch die Section fanden, berichtet der Vortragende über eine Frau, die 1 Jahr nach einer wegen Carcinom vorgenommenen Mammaoperation mit Kopfschmerz, Doppeltsehen, Taubheit, häufigem Erbrechen und allgemeiner Unruhe erkrankt war. Ausser einer rechtsseitigen Facialis-, Abducenslähmung, doppelseitiger Taubheit, schwankendem Gang bestanden keine besonderen Störungen. Bei der Section fand sich makroskopisch kein Befund im Gehirn, der in Zusammenhang mit der Carcinomatose gebracht werden könnte. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Pia der Convexität, sowohl wie der Basis um den Austrittsstellen des Abducens, Facialis, Acusticus und Glossopharyngeus fanden sich dichte Anhäufungen von Krebszellen.

Vortragender ist der Ansicht, dass gewiss einer Reihe von Krebsfällen mit circumscripten Hirnsymptomen eine derartige mikroskopische Metastasenbildung zu Grunde liegt, bei denen makroskopisch im Hirn keine Veränderung zu constatiren ist. Der Annahme Oppenheim's, dass die Hirnherderscheinungen bei Carcinomatose auf eine toxische Herderkrankung des Gehirns zu beziehen seien, vermag sich Vortragender absolut nicht anzuschliessen. Er neigt sich vielmehr den Anschauungen Senator's zu, dass das Gehirn auf die abnorme Blutmischung bei Carcinomatose nicht in Herdsymptomen, sondern in diffuser Art reagire: in Form von Schmerzen, Benommenheit des Kopfes, Apathie, Schläfrigkeit, Coma.

Vortragender hat 112 Krankengeschichten von Magencarcinomen, die meist letal endigten, auf das Vorkommen von Hirnsymptomen durchgesehen. In keinem einzigen Fall fand sich ein cerebrales Herdsymptom. In 9 Fällen fanden sich nervöse Symptome allgemeiner Natur: wie Apathie, Coma, unsicherer Gang, Herabsetzung der Sehnen- (resp. Patellar-) -reflexe und unerträgliches Zucken.

Weiterhin theilt Vortragender 2 eigene Beobachtungen mit.

In dem einen Fall handelte es sich um einen 35 jähr. Arbeiter, der mit einer rechtsseitigen Abducenslähmung erkrankt war. Darauf trat Abnahme des rechtsseitigen Sehvermögens bis zur Erblindung ein. Die Cervical- und Inguinallymphdrüsen waren vergrössert. Es traten durch Metastasen bedingte Anschwellungen in der Musculatur des Rückens und der oberen Extremitäten auf. Am 23. Krankheitstage starb der Patient in heftigem Delirium und Fieber.

Die Section ergab einen kinderfaustgrossen, carcinomatösen Tumor im vorderen Mediastinum, welcher mit der Vena anonyma sin. so verwachsen war, dass die Krebsmassen frei in das Lumen derselben hineinragten. Im Hirn fanden sich zahlreiche flache Carcinommetastasen auf der Dura.

In dem anderen Fall handelte es sich um eine 59 jähr. Frau, die nach vorhergehender linksseitiger Hemianopsie eine linksseitige Hemiparese acquirirt hatte. Die Section ergab ein linksseitges Lungencarcinom mit Metastasen auf der Pleura, in der Milz und im Gehirn, und zwar fanden sich: im rechten Hinterhauptslappen ein grauweisser, erweichter, grösserer Knoten, im linken Hinterhauptslappen eine kleine, haselnussgrosse Metastase und im Parietallappen ein 3. Tumor.

Der Vortragende zeigt das anatomische Präparat dieses Falles; ausserdem noch 3 weitere Präparate: eine Krebsmetastase im Hinterhauptslappen bei einem Oesophaguskrebs; eine Metastase in beiden Centralwindungen incl. dem Lobus paracentralis ebenfalls bei einem Oesophaguskrebs und endlich einen Krebsknoten im Kleinhirn bei derselben Localisation des Grundleidens.

Vortragender fasst seine Beobachtungen dahin zusammen, dass die Hirnsymptome bei Carcinomatose sich folgendermaassen gruppiren lassen:

1. Hirnsymptome allgemeiner Natur, wie Apathie, Coma etc.

a) Ohne anatomische Veränderungen, wahrscheinlich bedingt durch Selbstinfection in Folge von abnormen Zersetzungsvorgängen.

b) mit anatomischen Veränderungen, z. B. Metastasen ohne Herdsymptome.

2. Hirnsymptome specieller Natur (Herdsymptome).

a) Ohne jeglichen Befund. Oppenheim nimmt an, dass es sich in solchen Fällen um toxische Herdsymptome handelt; welche Hypothese Vortragender für durchaus unbewiesen und schwer verständlich hält, da die Herdsymptome nie doppelseitig, sondern stets halbseitig auftreten.

b) Mit mikroskopischem, ohne makroskopischen Befund. Siehe den ersten mitgetheilten Fall.

c) Mit makroskopischem Befund:

aa) Geschwulstmetastasen,

bb) Erweichungen oder Blutungen bei einem Krebskranken.

Natürlich können sich Symptome allgemeiner Natur mit solchen specieller Natur combiniren.

Vortragender geht noch auf die pathologisch-anatomische Seite des Themas ein und hebt hervor, dass im Gehirn keine Praedilectionsstelle für die metastatischen Carcinome sich feststellen lasse. Ebensowenig ist die Metastasenbildung von der histologischen Beschaffenheit des Krebses abhängig. Dagegen scheine die Oertlichkeit in gewisser Beziehung zur Häufigkeit des Auftretens von Metastasen zu stehen. Die Oesophagus-, Lungen- und Mediastinalkrebse machen am meisten Hirnmetastasen und zwar auf dem Wege der Blutbahn.

Zum Schluss hebt Vortragender hervor, dass es noch vieler eingehender pathologisch-anatomischer Untersuchungen (vielleicht mit neuen Methoden) bedarf, um über das dunkle Capitel der Herdsymptome des Gehirns bei Carcinomatose „ohne Befund“ Klarheit zu verschaffen.

Discussion: Herr Nonne sieht ab von den Fällen, in denen er auf Grund von Metastasen zu klinischen cerebralen Symptomen kommt. Die Symptome sind in diesen ganz verschieden, je nach der Localisation der Metastase. N. will nur über diejenigen Fälle berichten, in denen bei einem wohlausgebildeten klinischen Symptombild kein entsprechender Sectionsbefund constatirt wurde.

Den ersten derartigen Fall sah N. 1888 im Eppendorfer Krankenhaus: Ein 44 jähriger Mann mit grossem Magencarcinom bekam apoplectiform eine rechtsseitige Hemiplegie mit motorischer Aphasie. Diese Lähmung blieb bis zu dem nach 1 Woche erfolgenden Tod bestehen. Die makroskopische und, in diesem Falle unter Eisenlohr's — damaliger Chef von N. — Controle ausgeführte, mikroskopische Untersuchung fiel negativ aus.

Seitdem sah N. eine acut aufgetretene rechtsseitige Hemiplegie bei einem Fall von Gallenblasencarcinom, eine Facialisparese mit Aphasie und Monoplegie des rechten Arms bei einem Fall von Coecumcarcinom, eine linksseitige apoplektiform aufgetretene Hemiparese in einem Fall von Magenpankreascarcinom. In einem weiteren Fall von Carcinoma mammae mit ausgebreiteten Metastasen sah N. subacut — ohne Insulterscheinungen — das Bild einer Pensaffection, also wechselständige Lähmung im rechten Facialis von supranucleärem Charakter und in den linksseitigen Extremitäten zur Ausbildung kommen, ohne dass bei makroskopischer und in diesem Fall auch durchgeführter mikroskopischer Untersuchung ein positiver Befund erhoben werden konnte. Endlich sah N. vor 9 Monaten noch einen Fall von apoplektisch aufgetretener rechtsseitiger Hemiplegie — ohne Aphasie — bei einem Fall von Carcinoma ovarii mit multiplen anderweitigen Metastasen.

N. sah 2 ganz analoge Fälle von typischer Jackson'scher Epilepsie bei Carcinomatosis. In dem einen Fall lag ein Magencarcinom bei einem 46 jährigen Manne vor; die rechtsseitigen Jackson'schen Convulsionen, die von einer vorübergehenden rechtsseitigen Parese gefolgt waren, traten im Ganzen 4 mal auf. Bei der Section fanden sich linksseitig metastatische Carcinomknoten im Marklager und in der Rinde der linken Centralwindungen. Im anderen Fall handelte es sich um ein Mammacarcinom mit Metastasen in den Pleuren, der Leber und den Lymphdrüsen am Halse. In diesem Falle traten über 2 Wochen hindurch fast täglich Anfälle rechtsseitiger Jackson'scher Epilepsie auf. Die Section ergab in diesem Fall makroskopisch gar keine Anomalie. In beiden Fällen war der ophthalmoskopische Befund normal gewesen. N. glaubt, dass wir jetzt noch nicht in der Lage sind, in derartigen Fällen die Differentialdiagnose zwischen organischer und dynamischer Grundlage der klinischen Erscheinungen zu stellen.

Den Fall des Herrn Sänger betreffend, in dem S. mikroskopisch Carcinominfiltration längs der Gefässe und der Piasepten nachweisen und diese als anatomische Grundlage der klinischen Cerebralsymptome auffassen konnte, verweist N. auf die Erfahrungen von F. Schultze und von Kranhals, die bei makroskopisch normalem Befund in Fällen von „klinischer Meningitis“ mikroskopisch die Anzeichen entzündlicher Veränderungen fanden.

Es ist immerhin auffallend, dass die Carcinome des Magendarmtractus in den Fällen von Hemiplegie ohne Befund besonders häufig vertreten sind, und desshalb legt N., entgegen Herrn Sänger, der Theorie der Intoxication, die auf bestimmte Territorien des Hirns einwirkt, mehr Werth bei. Dazu bestimmen N. noch zwei Thatsachen: erstens, dass das klinische Bild — und das beweisen auch die Fälle von Sänger — überwiegend häufig das Bild der Hemiplegie resp. Hemiparese oder einer mit

oder ohne Aphasie auftretenden Monoparese resp. Monoplegie ist, und zweitens, dass auch die bisherigen positiven Rückenmarksbefunde vorwiegend an Fällen mit Carcinom des Intestinaltractus erhoben wurden (Lubarsch u. A.).

Zu diesem Capitel der Rückenmarksaffection bei Carcinosis kann N. einen nicht unwichtigen Beitrag liefern: Bei einer an inoperablem Uteruscarcinom leidenden Frau, bei der alle sonst für ein Rückenmarksleiden aetiologisch in Betracht kommenden Momente ausgeschlossen werden konnten, entwickelten sich ca. 2 Monate vor dem Tode spastische Symptome an den unteren Extremitäten: Parese, leichte Spannungen bei passiven Bewegungen, Erhöhung des Patellar- und Achillessehnenreflexes, ohne subjective und objective Sensibilitätsstörungen. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Rückenmarks fand sich eine ausschliesslich auf das Gebiet der Seitenstränge beschränkte (Py S.-Str., ein Theil des kl. S.-Str. und Gowers' Str.) doppelseitige Faserdegeneration, ohne dass irgendwo im Rückenmark, in der Medulla oblongata, im Mittel- oder Grosshirn ein Herd angetroffen wurde (Demonstration von Photographien). Also auch in diesem Falle war ein bestimmtes Gebiet des Rückenmarks electiv bei einem an ausgedehntem Carcinom leidenden Individuum erkrankt.

Dass übrigens nicht nur Carcinome mit Vorliebe eine Hemiplegie oder einen ihr nahestehenden Symptomencomplex hervorrufen, beweisen die von Jacobson-Copenhagen schon 1893 zusammengestellten Fälle, auf die Sänger nicht eingegangen ist.

Auffallender Weise lag in Jacobson's Fällen niemals ein Carcinom vor, das kann nach unseren heutigen — Oppenheim u. A. — Erfahrungen und speciell nach Sänger's und Nonne's an dem Hamburger Material gesammelten Erfahrungen nicht als Regel aufgestellt werden. Zu dem Jacobson'schen Material, das noch kürzlich durch eine Publication von Werner*), die dem Eppendorfer Material (Abtheilung von Dr. Gläser) entstammt, bereichert worden ist, gibt N. folgenden Beitrag:

1889 sah er eine adipöse Frau von 50 Jahren, ohne sonstige nachweisbare Organerkrankung 1 Woche ante mortem an rechtsseitiger Hemiplegie apoplektiform erkranken. Die anatomische Untersuchung — die mikroskopische Untersuchung wurde auch vorgenommen — ergab keine Erklärung für den klinischen Befund.

In einem zweiten Fall (1889) handelte es sich um eine rechtsseitige Hemiplegie bei einem Fall von chronischer interstitieller Nephritis (III. Gruppe von Jacobson); 1896 sah N. eine rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie bei einem Potator, der makroskopisch eine Arteriosklerose der peripheren Arterien, aber keine makroskopische Arteriosklerose des Hirns hatte; 1899 eine Hemiplegia sinistra 4 Tage ante mortem bei einer Frau mit chronisch interstitieller Nephritis, Herzhypertrophie und Arteriosklerose der Basalarterien des Hirns; ferner eine Hemiplegia sinistra 3 Tage vor dem Tode apoplektisch auftretend bei einem Fall von uncomplicirter Anaemia perniciosa.

Herr **Luce** berichtet im Anschluss daran über einen Fall von Lungengangraen bei einer Frau, die während ihrer Krankheit ebenfalls Hirnsymptome darbot. Sie war apathisch, somnolent, liess unter sich; es fand sich ferner eine Facialisparese rechts und eine einseitige Hypoglossuslähmung; die Extremitäten waren hypertrophisch. Man vermuthete auf Grund dieses klinischen Bildes einen metastatischen Hirnabscess. Die Frau kam zum Exitus und bei der Section fand man im Gehirn absolut nichts, was die klinischen Hirnsymptome erklären konnte.

Herr Luce glaubt, dass diese Hirnsymptome, die sich am Sectionstische durch anatomische Hirnbefunde nicht erklären lassen, sich finden bei schweren Krankheiten, wenn die allgemeine Vitalität stark sinkt, besonders bei schweren Circulationsstörungen und starken Athmungsbehindernissen.

Physiologischer Verein in Kiel.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 6. November 1899.

Herr **Rodewald: Ueber Benetzungserscheinungen der organischen und anorganischen Körper.**

(Wird in der Zeitschrift für physikalische Chemie veröffentlicht.)

Sitzung vom 20. November 1899.

Herr **H. Hensen** demonstrirt eine Patientin, welche an **spontaner Hautnekrose**, wahrscheinlich tropho-neurotischen Ursprungs, leidet.

Herr **Hoppe-Seyler** spricht **über vorübergehende Glykosurie**, führt die cerebrale Form derselben: Veränderungen am Boden des IV. Ventrikels unter Schilderung eines Falles von Glykosurie in Folge von Bluterguss in die Ventrikel und dadurch bewirkte Compression der Medulla oblongata kurz an und schildert dann 4 Fälle von Glykosurie, welche Leute betrafen, die längere Zeit vor Aufnahme in das Krankenhaus auf der Wanderschaft ein unregelmässiges Leben geführt, sich mangelhaft ernährt und dabei meist starken Strapazen sich ausgesetzt hatten. (Vergl. ausführliche Publication in dieser Wochenschr.)

Herr **Friedrich: Beitrag zur diabetischen Ohrerkrankung.**

An der Hand von 3 eigenen Beobachtungen bespricht Vortr. eine bei Diabetes mellitus auftretende Ohrerkrankung, die als primäre Ostitis des Warzenfortsatzes aufzufassen ist. Die bisher veröffentlichte Casuistik ist noch sehr gering, so dass die Fälle als Bestätigung und Ergänzung der Fälle von Kuhn und Körner dienen. Die Erkrankung setzt gewöhnlich plötzlich im mittleren Lebensalter bei vorher Ohrgesunden, seltener bei solchen ein, die schon früher an chronischer Mittelohreiterung gelitten hatten, als scheinbarer Erkältungskatarrh.

Während das Trommelfellbild das der acuten Entzündung ist und, wie bei dieser, gewöhnlich am 2.—3. Tage der Erkrankung ein Durchbruch des Trommelfells eintritt, steht von Anfang an eine heftige Betheiligung des Warzenfortsatzes im Vordergrund, welche jene Mittelohrsymptome als bloss secundäre deuten lässt. In auffallend kurzer Zeit schreitet sie fort und führt schon in 1—2 Wochen zu Erscheinungen, die auf eine weite Ausdehnung des Krankheitsprocesses im Warzenfortsatz schliessen lassen. Zu den Schmerzen im Knochen, zu allgemeiner Abgeschlagenheit, Eingenommensein der erkrankten Kopfseite gesellen sich bald Senkung der oberen Gehörgangswand, ein Infiltrat über dem Warzenfortsatz stellt sich nicht regelmässig ein, häufiger findet sich ein Infiltrat an der Spitze des Warzenfortsatzes mit Entwickelung eines Senkungsabscesses.

Nach Betonung der stets durch Operations- und Sectionsbefunde sichergestellten ausgedehnten cariösen Zerstörung des Knochens und ihrer charakteristischen Kennzeichen bespricht Vortr. die therapeutische Seite der Erkrankung. Die Erkrankung bedingt wegen ihrer Tendenz zu schneller Ausbreitung so bald als möglich eine operative Behandlung. Ihr stellen sich Schwierigkeiten in den Weg, die im Wesen des Diabetes beruhen, denn chirurgische Eingriffe bei Diabetikern involviren die Gefahr der Sepsis und des Coma. Beides ist abhängig von der Höhe des Zuckergehalts und der Acidität der Gewebe. Ist beides in hohem Maasse vorhanden, besteht eine Contraindication zur Operation, die bis nach ihrer Herabsetzung durch geeignete Diät zu verschieben ist. Die Gefahr der Sepsis ist gering bei entsprechender Wundbehandlung, jedoch sah Vortr. einen Exitus an Coma, wo sie in ausgedehnter Weise aufgetreten war. Das Auftreten des Coma ist abhängig von der Narkose, gleichviel ob Chloroform oder Aether. Eine Contraindication zur Operation stellen natürlich den Diabetes complicirende Erkrankungen wie Herz-, Nieren-, Lungenerkrankungen, sowie allgemeine Kachexie dar.

Trotz jener Bedenken ist die Operation so bald als möglich auszuführen, ihre Gefahr ist durch Diät und prophylaktische Verabreichung von Natronbicarbonat einzuschränken, wenn angängig, ist Localanaesthesie anzuwenden, um die Narkose zu eliminiren. Von der Ausführung des Wilde'schen Schnittes ist in fortgeschrittenen Fällen, wo eine längere Operation contraindicirt ist, kein Aufhalten der Erkrankung zu erwarten. Wenn überhaupt operirt wird, hat nur die radicale Entfernung des kranken Knochens Aussicht auf Erfolg.

Medicinische Gesellschaft zu Leipzig.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 23. Januar 1900.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Braun.

Herr **H. Tillmanns** demonstrirt zunächst **zwei durch Resection der Wirbelbogen geheilte spondylitische Lähmungen.**

1. Fall: 9½ jähriges Mädchen, dessen Spondylitis vor etwa 4 Jahren begonnen; Sitz des Gibbus im Bereich der oberen Brustwirbel. Seit December 1898 spastische Lähmung der beiden unteren Extremitäten, Reflexe beträchtlich gesteigert, Sensibilität in allen Qualitäten stark vermindert, Lähmung der Blase und des Mastdarms (Incontinentia alvi et urinae). Am 21. I. 1899 unblutiges Redressement nach Calot, wodurch die Lähmung der Blase und des Mastdarmes beseitigt wurde. Die spastische Paraplegie bestand unverändert fort, daher 4. V. 1899 Resection des 2., 3. und 4. Brustwirbelbogens. Als Ursache der Lähmung ergab sich hochgradige Enge des Wirbelcanals, tuberculöse Processe nicht mehr nachweisbar. Reactionslose Heilung der Operationswunde. Allmähliches Verschwinden der Lähmung. Patientin wird am 17. XI. 1899 vollkommen geheilt entlassen. Patientin geht ohne Stütze und hat keinerlei Beschwerden.

*) Münch. med. Wochenschr. No. 36, 1899.

2. Fall: Ein 11 Jahre alter Knabe, der in seinem 2.—3. Lebensjahre an Spondylitis erkrankte. Sitz des Gibbus im Bereich des 6. und 7. Halswirbels und der oberen Brustwirbel. Beginn der Lähmung etwa November 1898. Spastische Lähmung der beiden unteren Extremitäten, Sensibilität erhalten, hochgradige Steigerung der Reflexe, Blase und Mastdarm intact. Am 16. III. 1899 Resection der Bogen des 6. und 7. Hals- und des 1. und 2. Brustwirbels. Ursache der Lähmung bestand in hochgradiger Enge des Wirbelcanales ohne nachweisbare tuberculöse Processe. Reactionslose Heilung der Operationswunde. Die spastische Paraplegie verschwindet ganz allmählich, vollkommene Heilung, Patient geht ohne Stütze und hat keinerlei Beschwerden.

Herr **Tillmanns** empfiehlt die operative Behandlung der spastischen Lähmung durch Laminektomie besonders in jenen Fällen, wo der tuberculöse Process zum Stillstand gekommen und die Lähmung im Wesentlichen durch abnorme Enge des Wirbelcanales bedingt ist. Eine Anfangs December 1899 von T. operirte spondylitische Lähmung bei einem 8⅔ Jahre alten Mädchen verläuft bis jetzt ebenfalls günstig.

Herr **Tillmanns** berichtet sodann weiter über einen Fall von **Pneumotomie** bei einem 3 jähr. Mädchen wegen Fremdkörpers in der rechten Lunge. Das Kind war seit Mitte Januar 1899 wegen rechtsseitiger katarrhalischer Pneumonie in der medicinischen Poliklinik des Kinderkrankenhauses behandelt worden, am 16. März 1899 wurde es dann wegen rechtsseitigen jauchigen Empyems von T. unter Resection der 8. und 9. Rippe thoracotomirt. Ende April 1899 Pneumotomie wegen rechter Lungengangraen nach vorheriger Resection der 7.—10. Rippe. Tod am 1. Mai unter fortschreitender Lungengangraen an Sepsis. Bei der Section fand sich in der rechten, durch Gangraen fast vollständig zerstörten Lunge im rechten Bronchus 2. Ordnung eine 5½ cm lange Kornähre, mit ihrem Stiel nach abwärts gerichtet. In der nächsten Nähe der Kornähre fanden sich im Eiter und im Gewebe Aktinomyceswucherungen. Während des Lebens waren im Sputum nur Staphylo- und Streptococcen nachweisbar. Wie und wann die Kornähre in die rechte Lunge des Kindes gelangt war, wussten die Eltern nicht anzugeben.

Endlich berichtet Herr **Tillmanns** noch über einen seltenen Fall von **innerer Einklemmung** bei einem 4 Tage alten Mädchen, bedingt durch foetale adhaesive, nicht eiterige Peritonitis. Bei der Laparotomie ergaben sich mehrfache Abschnürungen des Dünn- und Dickdarms durch verschiedene Gewebsstränge und durch mehrfache Knotenbildungen resp. Verschlingungen des Darms. (Autoreferat.)

Herr **Kockel** demonstrirt eine Anzahl pathologisch-anatomischer Präparate.

Herr **Braun** hält einen Vortrag **über das chirurgische Naht- und Unterbindungsmaterial.** (Derselbe wird in dieser Wochenschrift publicirt.)

Unterelsässischer Aerzteverein.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 3. Februar 1900.

Demonstrationen.

Herr **Madelung** stellt vor: 1. eine Frau, welche seit 2 Jahren einen 3 cm langen **Dorn im Fuss** herumtrug, der, durch Röntgenstrahlen nicht nachweisbar, erfolgreich durch Operation entfernt wurde. 2. Einen Knaben, dem beim Fallen ein Griffel in der Brust neben der Mamilla eingedrungen und in der Wunde abgebrochen war. Das abgebrochene Ende erwies sich bei der operativen Entfernung als 5 cm langer spitzer **Griffel**, der bis auf ein kleines Stückchen **im Pleuraraum** lag. Reactionslose Heilung. 3. und 4. 2 Fälle traumatischer Radiusdurchtrennung, in welchen nach **Nervennaht** die Functionstüchtigkeit der zugehörigen Muskeln fast völlig wieder eingetreten ist.

Herr **Buchbinder**-Mülhausen demonstrirt ein Kind mit congenitalem **Defect der Tibia** bei starker Deformität der Fibula, sowie Defect der Finger und Schwimmhautbildung der Hand.

Herr **M. B. Schmidt: Ueber das Verhältniss der Fettnekrosen zu Pankreaserkrankungen.** (Wird ausführlich veröffentlicht werden.)

M. B. Schmidt: Ueber den Zusammenhang von Lippen- und Kieferspalten mit Missbildungen des Schädels.

Sch. bespricht diejenigen Combinationen von seitlichen Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten mit Missbildungen am Schädel, für welche auf Grund der Entwickelung des mittleren Stirnfortsatzes von dem vorderen Schädelende ein Causalzusammenhang anzunehmen ist. Es gehören dazu zwei Unterabtheilungen der Arhinencephalie, 1. diejenige mit sog. mittlerer Oberlippenspalte, welche aber thatsächlich einen völligen Defect des mittleren Stirnfortsatzes bedeutet und 2. diejenige mit doppelseitiger Hasenscharte, Kiefer- und Gaumenspalte. Einen Fall letzterer Art legt Vortragender vor. Er betont den Einfluss, den die Entwicklung der horizontalen Siebbeinplatte auf die Ausbildung des Zwischenkiefers und mittleren Theils der Oberlippe hat: Bei der ersten Form mit völligem Defect desselben und sog. Medianspalte fehlt die Lamina cribrosa ganz, bei der zweiten mit doppelseitiger Spalte ist sie verkümmert. Der Stirntheil des vorderen Schädelendes ist ohne Einfluss darauf; das zeigt sich in dem Ausbleiben jeder Lippen- etc. -Spalte bei den an der Nasenwurzel hervortretenden Encephalocelen, deren Bruchpforte nur der Stirnbeinschuppe angehört. Als weiteren Beleg für den genannten Zusammenhang berichtet Vortragender über einen Fall von angeborener Cyste der Nasenwurzelgegend, hervorgegangen aus einer Vorstülpung der Nasenschleimhaut durch einen linksseitigen Spalt des knorpeligen Siebbeins am Uebergang der Lamina cribrosa in's äussere Nasendach; das Kind besass eine linksseitige Hasenscharte mit Spalt des Alveolarbogens.

Herr **Stolz: Ueber den Keimgehalt der Galle unter pathologischen Verhältnissen und über Residualgalle.**

Nach einer kurzen Uebersicht über die bisher experimentell erworbenen Kenntnisse des Verhaltens der Gallenblase nach künstlicher Infection ihres Inhaltes, schildert St. die Versuche, die er in Gemeinschaft mit Ehret angestellt. Sie gingen darauf hinaus, den Keimgehalt der Galle bei Hunden nach mechanischen Laesionen der Gallenblase unter peinlichster Vermeidung jeder künstlichen Infection culturell festzustellen. St. und E. fanden, dass nach verschiedenen operativen Eingriffen, wie nach Unterbindung des Cysticus, in den allerersten Tagen ziemlich zahlreiche Keime — in der Regel B. coli — sich in der Galle fanden, dass aber nach einer bis mehreren Wochen die Galle wieder ganz oder nahezu ganz steril wird. Sie glauben, dass die anfängliche Keimvermehrung von dem von ihnen in einer hohen Procentzahl für die normale Galle nachgewiesenen vereinzelten Keimen ausgeht (vergl. den letzten Sitzungsbericht in No. 4, S. 13 d. Wochenschr.). Die spätere Rückkehr des Keimgehaltes zur Norm fand indessen nicht statt, auch nicht nach Wochen und Monaten, in allen den Fällen, in welchen ein Fremdkörper, meist Quarzsteinchen, in die Blase eingebracht worden war. Diese Thatsache erklären St. und E. dahin, dass die Gegenwart von Steinen eine völlige Entleerung und gründliche Durchspülung der Gallenblase verhindert. Sie bezeichnen den bei jeder Entleerung der Gallenblase zwischen den Steinen unvermeidlich zurückbleibenden Gallenrest analog den Verhältnissen der Harnblase als „Residualgalle“ und möchten dieser für die Entstehung von Entzündungen der Gallenblase eine ähnliche Rolle zuweisen, wie sie für die Cystitis dem Residualharn allgemein zuerkannt wird. Eine weitere Stützung für ihre Anschauung sieht Vortragender in einer Reihe von klinischen Thatsachen. So wurden bei Madelung durch die bacteriologische Untersuchung von bei Gallensteinoperationen gewonnener Galle fast stets zahlreiche Keime, gewöhnlich Bact. coli, gefunden, auch bei einfacher Cholelithiasis ohne complicirende Cholecystitis. In gleicher Weise sahen E. Fraenkel und Krause unter 16 Fällen von Cholelithiasis 11 mal Keime in der Gallenblase. In einer Zusammenstellung von 20 Fällen der Cholecystitis typhosa fanden St. und E. ferner 13 mal die Gegenwart von Steinen verzeichnet und endlich glauben sie auch den überraschenden Nachweis von Typhusbacillen noch Jahre nach überstandener Typhusinfection in der Gallenblase durch Cushing, Chiari, Miller u. s. w., auf den Einfluss der Residualgalle zurückführen zu dürfen, da in allen diesen Fällen alte Steine in der Gallenblase vorhanden waren.

Herr **Asch** stellt einen 21 jährigen Patienten mit **Blasengeschwür** vor, der seit einem Jahr über heftige Schmerzen beim Uriniren und Harndrang klagt. Der Urin enthält Blut; Tuberkelbacillen sind nicht nachgewiesen. Cystoskopisch lässt sich ein unregelmässig rundes Geschwür mit weissem Belag und dunkelrothen Rändern links vom Ureter nachweisen bei sonst normaler Blasenschleimhaut. Dieser locale Befund veranlasst den Vortragenden zur Diagnose: Tuberculöses Geschwür; die Therapie besteht neben allgemein roborirender Behandlung in der Einspritzung von ca. 15 ccm einer 5 proc. Jodoformvaselinölemulsion in 2 tägigen Intervallen.

Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin.

(Eigener Bericht.)

Ordentliche Sitzung vom 10. Februar 1900.

Als Vertreter der Regierung sind anwesend der Oberpräsident Herr v. Bethmann-Hollweg und Herr Regierungsrath v. Gneist.

In der Eröffnungsrede weist der Vorsitzende, Herr Becher, auf die Aufgaben hin, welche der neugewählten Kammer harren. Vor Allem komme hier in Frage eine Regelung des ärztlichen Unterstützungswesens; die Aerztekammern seien, wie vor 12 Jahren

der damalige Cultusminister sagte, hauptsächlich geschaffen worden, um die Fürsorge für die Hinterbliebenen der Aerzte in die Wege zu leiten. Redner betont auch die Nothwendigkeit eines Curpfuschereiverbots und bemerkt, dass vom Cultusministerium für den Monat April d. J. bei sämmtlichen preussischen Aerzten eine Umfrage über die Verbreitung der venerischen Krankheiten (Lues, Ulcus molle, Gonorrhoe) in Aussicht genommen sei.

Die bisherige Geschäftsordnung wird für die jetzige Wahlperiode beibehalten. Die Veröffentlichung der Verhandlungen der Kammer wird wie bisher im stenographischen Wortlaut erfolgen.

Den Cassenbericht erstattet Herr Saatz. Angesichts der günstigen Finanzlage schlägt er vor, 3000 M. für die ärztlichen Unterstützungscassen des Kammerbezirkes (2000 M. für die Berliner und 1000 M. für die Casse der Provinz) zu bewilligen. Die Kammer beschliesst, diese Frage des Zuschusses zur Unterstützungscasse mit der Erörterung über die Festsetzung des Jahresbeitrages zu verbinden.

Im Namen des Vorstandes schlägt Herr Saatz vor, für die Zeit vom 1. April bis zum 31. December 1900 einen Beitrag von 6 M. pro Kopf zu erheben. Dieser Antrag wird angenommen, ebenso der Antrag, 3000 M. für die Unterstützungscassen des Kammerbezirkes zu bewilligen. Abgelehnt wird dagegen ein Antrag Henius, wie bisher 3 M. pro Kopf zu erheben und eine Commission zu wählen, welche die Frage der zweckmässigsten Steuerform prüfen soll. (Henius hatte sich für eine procentuale Steuer ausgesprochen.)

Die vom Cassenführer Saatz ausgearbeitete Cassenordnung wird ohne Discussion genehmigt.

Tagegelder und Reisekosten beschliesst die Kammer den Mitgliedern des Ehrengerichts in der nämlichen Höhe zu gewähren, wie sie die höheren Medicinalbeamten erhalten.

Zur Ausarbeitung einer Standesordnung war eine Commission eingesetzt worden. Principielle Differenzen innerhalb der Commission verhinderten eine gedeihliche Arbeit und Lösung der Frage. Die Erörterung über die Standesordnung wird auf ein Jahr vertagt; dann könnten die Erfahrungen mit den Ehrengerichten für die Standesordnung benützt werden.

Seitens des Kammerausschusses sind der Kammer zur Begutachtung überwiesen worden eine Reihe von Beschlüssen, welche die Aerztekammern für die Provinz Sachsen in Betreff einer Reform der geburtshilflichen Ordnung im preussischen Staate gefasst hat. Diese Beschlüsse betreffen 1. Vorschläge zu einer Reform des Hebammenwesens, die darauf hinauslaufen, dem Hebammenstande reifere, moralisch und intellectuell höher stehende Mitglieder zuzuführen, und 2. Vorschläge zu einer Organisation der Wöchnerinnenpflege, derart, dass unbemittelten Schwangeren Wäsche und andere Gebrauchsgegenstände für ein hygienisches Wochenlager gewährt und bei Bedarf Wochen- resp. Hauspflegerinnen gestellt werden sollen. Das Referat erstattet Herr Kossmann, der folgende Resolutionen einbringt:

„Die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin erwartet von einer Durchführung der Vorschläge, die die Aerztekammer für die Provinz Sachsen zur Reform des Hebammenwesens gemacht hat, nicht die Beseitigung der unzweifelhaft vorhandenen Uebelstände; sie glaubt vielmehr, dass dieser Zweck nur durch eine weitere Einschränkung der Befugnisse der Hebammen zu selbständigem Eingreifen zu erreichen ist.

Eine Aufbesserung der materiellen Lage der Hebammen empfiehlt die Kammer, soweit das Freizügigkeitsrecht dadurch nicht angetastet wird.

Die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin erachtet die Ausdehnung der socialen Fürsorge auf die Entbindung und das Wochenbett unbemittelter Frauen für wünschenswerth."

Herr Davidsohn-Berlin beantragt, die Angelegenheit der geburtshilflichen Gesellschaft zu überweisen, in der Kammer aber über den Gegenstand zur Tagesordnung überzugehen. Dieser Antrag wird verworfen. Ohne Discussion tritt die Kammer den Resolutionen des Referenten bei.

Der Geschäftsausschuss der Berliner ärztlichen Standesvereine hat folgenden Antrag gestellt:

„Der Geschäftsausschuss ersucht die Aerztekammer, im Hinblick auf den Entwurf eines Vertrages des Vereins der Bankbeamten in Berlin zu erklären, dass es der Würde des ärztlichen Standes nicht entspricht, privaten Vereinigungen, welche aus nicht nachweisbar unbemittelten Mitgliedern bestehen, andere Honorarsätze als die der Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 zu gewähren."

Hierzu liegt folgender Zusatzantrag von Joachim-Berlin vor:

„Die Aerztekammer wählt eine Commission von 7 Mitgliedern mit der Aufgabe, die Verträge privater Vereinigungen in Bezug auf die Höhe des Honorars und sonstige Verpflichtungen der Aerzte zu prüfen und über die Ergebnisse der Prüfung dem Aerztekammervorstande behufs weiterer Veranlassung Bericht zu erstatten."

Beide Anträge vertritt Joachim-Berlin. Aus der Kammer heraus werden den Anträgen zustimmende Aeusserungen laut; Giese-Prenzlau beantragt sogar, aus dem Antrage des Geschäftsausschusses die Worte zu streichen: „welche aus nicht nachweisbar unbemittelten Mitgliedern bestehen". Der Herr Oberpräsident hat aber, wenn er auch die Bestrebungen der Kammer zur Verhinderung von Unterbietungen billigt, Bedenken namentlich gegen den Zusatzantrag des Referenten. Auf eine directe Anfrage erklärt er, dass nach seiner Anschauung der Vorstand der Kammer nicht das Recht habe, von irgend einem Arzte die Vorlegung eines Vertrages mit einer privaten Vereinigung zu verlangen. Erst wenn das Factum vorliegt, dass ein Arzt einen Vertrag mit standesunwürdigen Bedingungen eingegangen ist, könne er zur Verantwortung gezogen werden. Herr Mugdan-Berlin wäre schon zufrieden, wenn den Aerzten, welche privaten Vereinigungen zu niedrige Sätze bewilligen, die Fähigkeit aberkannt würde, in ärztlichen Vereinen Ehrenstellen zu bekleiden. Schliesslich werden beide Anträge, der des Geschäftsausschusses sowohl, als auch der Zusatzantrag Joachim mit grosser Majorität angenommen. Die Kammer wählt auch sogleich die Commission. Ferner wird auf Antrag des Herrn Thiem-Cottbus beschlossen, dass der Commission weder Mitglieder des Vorstandes, noch Mitglieder des Ehrengerichts angehören dürfen. Dessgleichen wird ein Antrag Sternberg-Berlin angenommen, welcher die Commission ermächtigt, bei den Aerzten des Kammerbezirkes eine Umfrage darüber zu veranstalten, unter welchen Honorar- und sonstigen Bedingungen die Cassenärzte bei den staatlichen Krankencassen des Bezirkes prakticiren.

— n.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 3. März 1900.

Verdauungsstörungen bei chronischer Harnverhaltung. — Intraabdominale Netztorsion. — Hygiene in Apotheken.

Im medicinischen Doctorcollegium sprach jüngst Docent Dr. Otto Zuckerkandl über Verdauungsstörungen bei chronischer Harnverhaltung. Es ist noch nicht lange her, dass man den causalen Zusammenhang von Verdauungsstörungen und Harnverhaltung kennt und würdigt; noch vor 10—15 Jahren liess man Prostatiker unter dem plötzlich auftretenden schweren Bilde einer Cholera oder einer inneren Incarceration rasch zu Grunde gehen, ohne zu ahnen, dass man es hier mit einem Bilde der Uraemie zu thun habe und dass man den Beginn der Verdauungsstörungen mit der Beseitigung der Harnverhaltung völlig beheben könne. Wichtig ist, zu wissen, dass diese Harnverhaltung eine incomplete sein müsse, mit consecutiver Hyperextension der Blase gepaart und dass der Druck im gesammten Harnsystem durch längere Zeit eine gewisse abnorme Höhe innehabe; erst unter diesen Bedingungen wird man die vorhandenen Verdauungsstörungen auf die Harnverhaltung zurückführen dürfen. Die Individuen, welche davon befallen werden, stehen zumeist schon jenseits der fünfziger Jahre; sie leiden an Prostatahypertrophie oder an Harnröhrenstricturen, mit gleichzeitiger Vergrösserung der Prostata, oder sind mit seniler Blase behaftet, welche den Widerstand nicht überwinden kann; oder sie sind mit motorischer Insufficienz der Blase behaftet, was Rosenbach für solche Fälle annimmt, in welchen eben locale Veränderungen nicht zu constatiren sind.

Die Erfahrung lehrt, dass bei chronischer Drucksteigerung im Harnsystem sich allmählich unter Aufhebung des ganzen Verschlussapparates ein Schlauch von der Blase bis zum Nierenbecken hinauf bildet, dass aber auch die Harncanälchen der Niere allmählich in den Process einbezogen werden. Diese Kranken leiden sodann an Polyurie und gleichwohl werden manche Giftstoffe hierbei nicht durch die Nieren, sondern auf dem Wege des Verdauungstractus ausgeschieden, was eben zu heftigen Störungen desselben führt. Erst stellt sich bei diesen Leuten ein Gefühl der Trockenheit im Munde und Rachen ein, sie klagen über Durst, faden, unangenehmen Geschmack, dann verlieren sie allmählich den Appetit, es kommt zu Uebligkeiten, Aufstossen und Erbrechen, es wechseln heftige Diarrhoen mit hartnäckiger Obstipation ab, die Kranken magern zusehends ab, die Kachexie wird so arg, dass sie den Anblick von Krebskranken darbieten. Die Entleerung des Harnes geht tagsüber noch gut von Statten, in der Nacht jedoch stellt sich vermehrter Harndrang ein mit Unvermögen der Entleerung der Blase. Oder es besteht bloss Nachts starkes Harnträufeln, was derlei Kranke zu Specialisten führt. Werden die Kranken sich selbst überlassen, so gehen sie an zunehmender Kachexie zu Grunde.

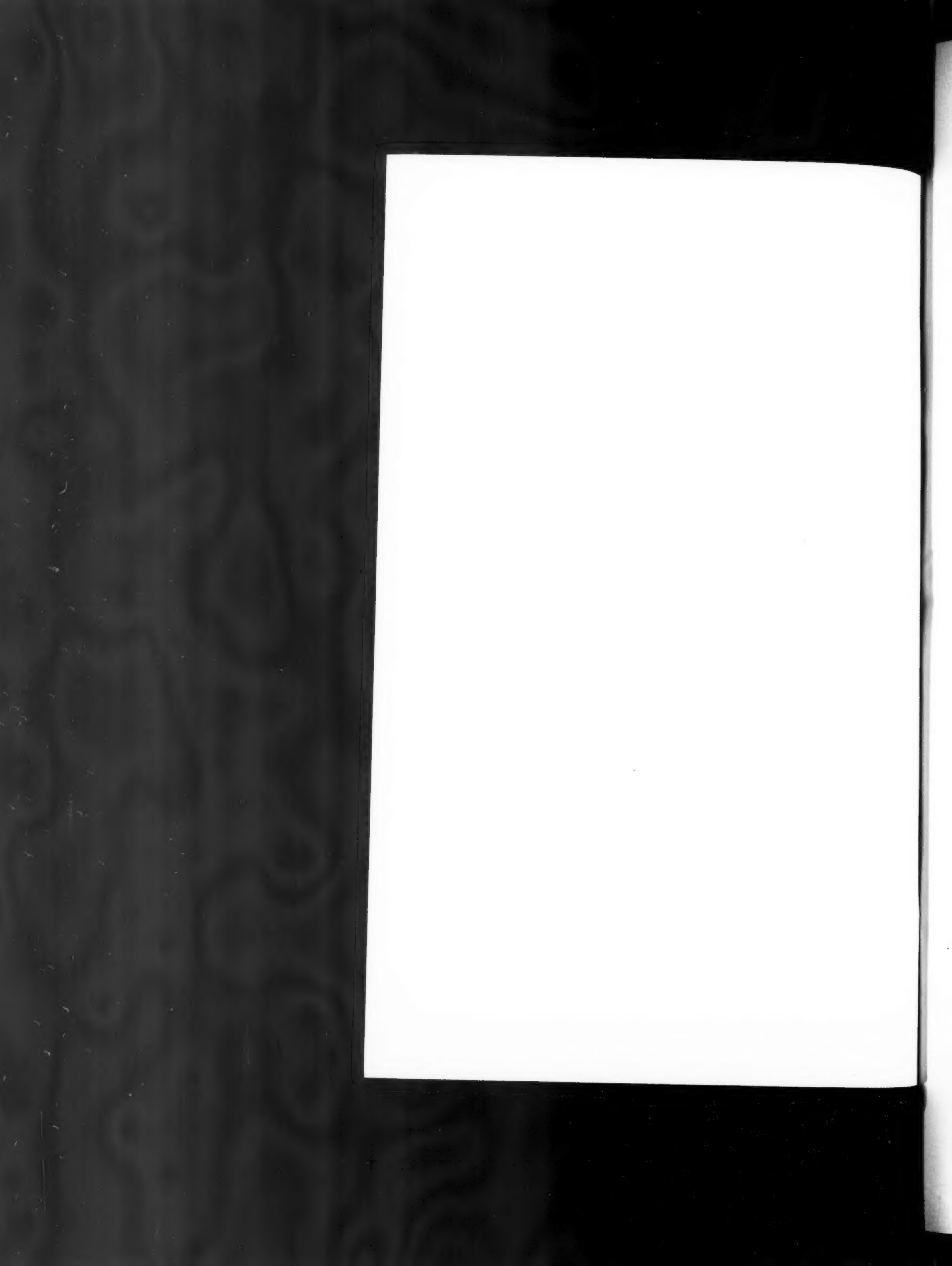
Schon die Art der Untersuchung sei hier eine vorsichtige. Man untersuche niemals sofort instrumentell, sondern bloss äusserlich, durch Palpation und bimanuelle Abtastung der Blase vom Rectum und von den Bauchdecken aus und überzeuge sich auf diese Weise von der Blasenerweiterung. Hat man so den Bestand einer chronischen Harnverhaltung constatirt, dabei andere ähnliche Krankheitsformen ausgeschlossen, so handelt es sich darum, den Druck im Harnsystem in vorsichtiger Weise herab-

GALERIE HERVORRAGENDER ÄRZTE UND NATURFORSCHER.

THOMAS GRAINGER STEWART.



Beilage zur Münchener medicinischen Wochenschrift.
Verlag von J. F. LEHMANN in München.



zusetzen, dabei aber die Blase nicht zu inficiren. Man wird also katheterisiren, sich aber vor Augen halten, dass dieser Eingriff, selbst mit aseptischen Instrumenten ausgeführt, zu Exacerbation, Collaps, Blutungen, rapidem Exitus führen kann. Die peinlichste Asepsis bei der Vornahme des Katheterismus, die ganz allmähliche Entleerung der Blase, etwa so, dass man am ersten Tage nur 100—150 ccm Harn abfliessen lässt und erst nach Ablauf einer vollen Woche, langsam steigend, die Blase ganz entleert, sind hier stricte angezeigt. Dabei wird es unter Umständen nothwendig sein, die Blase mehrmals im Tage zu entleeren, um nicht Ueberfüllung der Blase bestehen zu lassen. Lässt die Polyurie nach, so wird man alle 24—48 Stunden katheterisiren, aber niemals darf man mit dem Katheterisiren ganz aufhören, da sich sonst die Verdauungsstörungen, welche mit dem Beginne der Behandlung schwanden, sofort wieder einstellen. Freilich wird man auch auf soche Fälle stossen, bei welchen jede Behandlung effectlos bleibt, da die anatomischen Veränderungen schon zu weit vorgeschritten sind.

Aus der Reihe der Complicationen erwähnt Zuckerkandl die Cystitis, welche er in frischen Fällen mit Urotropin erfolgreich behandelte, während die schon chronischen Cystitiden mit vorsichtigen Spülungen der stets bloss unvollkommen entleerten Blase zu behandeln wären. Bei Lithiasis wird man vorerst die Blasendehnung behandeln, dann etwa den hohen Schnitt ausführen und eine Blasenbauchfistel etabliren, um in dieser Weise das neuerliche Eintreten der Harnstauung zu verhüten.

In der Gesellschaft der Aerzte zeigte Professor Hochenegg ein seltenes Präparat. Es handelte sich um einen 40 jährigen Mann, der unter heftigen Bauchschmerzen, Erbrechen, Auftreibung des Bauches etc. erkrankt war. Er besass eine freie Skrotalhernie, die er oft, so auch kurz zuvor, reponirt hatte. Eine Brucheinklemmung konnte nicht constatirt werden, man fand aber oberhalb des Poupart'schen Bandes eine schmerzhafte Resistenz, welche bald die ganze rechte Bauchhälfte einnahm. Da sich frequenter Puls, Singultus etc. einstellten, so wurde die Laparotomie vorgenommen. Bei dieser floss vorerst viel blutig gefärbtes Transsudat ab, sodann erst sah man ein kindskopfgrosses Convolut dunkler ausgedehnter Venennetze, welches nach oben hin in einen dreimal um seine Achse gedrehten Strang auslief, wornach normales Netz folgte. Es lag also eine Drehung des Mesenteriums vor mit kolossaler venöser Stase in demselben. Das kranke Netz wurde abgetragen, sodann die Hernie radical operirt; rasche Heilung. Der Mann gab hinterher an, dass er das letzte Mal seine Hernie sehr mühsam reponirt habe; damals mag es, da das Netz schon strangförmig ausgezogen war, zu einer Torsion desselben und deren Folgen gekommen sein. In der Literatur sind nach Hochenegg wohl 2 Fälle von Achsendrehung des Mesenteriums in einem Bruchsacke verzeichnet; hier aber handelte es sich um eine intraabdominelle Netztorsion und ist darum dieser Fall der erstbeschriebene seiner Art.

In der Bukowina ist es amtlich constatirt worden, dass in einigen Apotheken die Laboratorien auch zu Schlafstellen benutzt wurden. Da nun die Verwendung von Apothekenlaboratorien und anderen Räumen in Apotheken, in welchen Medicamente entweder aufbewahrt oder zubereitet werden, zu Schlafstellen aus leicht einleuchtenden, sanitären Gründen nicht zulässig erscheint, so ordnete die dortige Landesregierung an, dass dies strengstens zu verbieten sei. Die Amtsärzte haben die genaue Befolgung dieses Verbotes zu überwachen und gegen die zuwiderhandelnden Apotheker mit aller Strenge vorzugehen. Es ist bezeichnend genug, dass derlei Erlässe an Apotheker überhaupt nothwendig sind.

Londoner Briefe.

Grainger Stewart †. — Vom südafrikanischen Krieg.

Am 3. Februar starb Sir Thomas Grainger Stewart, Professor der klinischen Medicin und Senior Physician am königlichen Krankenhause zu Edinburg im 62. Lebensjahre. Mit ihm verliert die Edinburger Universität einen ihrer berühmtesten Vertreter, der weit über die Grenzen seiner Vaterstadt, namentlich auch in Deutschland bekannt und geschätzt war. Sein äusserer Lebensgang war ein verhältnissmässig einfacher. Geboren und erzogen in Edinburg erhielt er dort auch seine erste medicinische Ausbildung bis zu seiner Promotion im Jahre 1858. Dann ging er für längere Zeit in's Ausland, studirte in Berlin, Wien und Prag, wo er sich eine eingehende Kenntniss der deutschen Sprache und deutschen Wissenschaft erwarb und unter Virchow und Rokitansky sich namentlich mit pathologisch-anatomischen Studien beschäftigte. Nach Edinburg zurückgekehrt, wurde er zum pathologischen Anatom am Krankenhaus ernannt und bekleidete gleichzeitig die Stelle eines Physicians am Kinderspital. In diese Zeit fallen eine Reihe klinischer und pathologisch-anatomischer Arbeiten, von denen sein Werk über die Bright'sche Nierenkrankheit am bekanntesten geworden ist. Im Jahre 1869 gab Grainger Stewart die Stelle als pathologischer Anatom auf und wandte sich ganz der klinischen Medicin zu. Er erhielt eine Anstellung als Physician am Krankenhaus und seine Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie an der sog. „extramural school" gehörten bald zu den besuchtesten Edinburgs. Seinem grossen Erfolge als Lehrer verdankte er denn auch seine bald darauf erfolgende Berufung zum ordentlichen Professor der Medicin an die Universität und in dieser Eigenschaft hat er volle 23 Jahre gewirkt und Generationen von Aerzten herangebildet. Schreiber dieses war es vergönnt, vor einigen Jahren anlässlich eines mehrwöchentlichen Aufenthalts in Edinburg den Verstorbenen auf seinen Rundgängen im Krankenhaus zu begleiten und als Zuhörer seiner Klinik und Vorlesung die meisterhafte Art seines Unterrichts zu bewundern. Er besass in hohem Maasse die Gabe der Rede und die Kunst des Vortrags, und wirksamst unterstützt durch seine imponirende Persönlichkeit, war er sicher, auf seine Hörer einen grossen Einfluss auszuüben. Gegen den fremden Arzt war er von bezaubernder Liebenswürdigkeit und gerne unterhielt er sich mit Deutschen in ihrer Muttersprache. In der hervorragenden Begabung als klinischer Lehrer und als Arzt liegt wohl auch Grainger Stewart's Hauptbedeutung und die Ursache seines grossen Erfolges, doch fand er neben seiner anstrengenden praktischen Thätigkeit noch Zeit zu wissenschaftlichen Veröffentlichungen, und eine Reihe von klinischen Arbeiten, namentlich aus dem Gebiete des Nervensystems und der Nierenpathologie, sind noch in späteren Jahren von ihm erschienen. Auch als dramatischer Dichter hat er sich nicht ohne Erfolg versucht, wie das vor Kurzem veröffentlichte Drama „The Good Regent" beweist. Dass es einem Manne von Grainger Stewart's Bedeutung auch an äusseren Ehren nicht fehlte, ist selbstverständlich. Er war u. a. Ehrendoctor verschiedener Universitäten, Präsident des Royal College of Physicians of Edinburgh, Leibarzt der Königin, die ihn im Jahre 1894 in den Ritterstand erhob. Der glänzende Verlauf des Congresses der British medic. Association zu Edinburg im Jahre 1898, dem Grainger Stewart als Präsident vorstand, war nicht zum wenigsten sein Verdienst, und noch im vorigen Jahre entsandte ihn die Edinburger Universität als ihren Vertreter zum Tuberculosecongress nach Berlin. Kurz nach seiner Rückkehr entwickelte sich die schwere Krankheit, die seiner rastlosen Thätigkeit ein vorschnelles Ende setzte. Die zahllosen Kundgebungen bei seinem Tode beweisen, wie schwer sein Verlust allseitig empfunden worden ist.

Vom südafrikanischen Kriegsschauplatz sind in den letzten Wochen eine Reihe Transporte mit Kranken und Verwundeten nach England zurückgekommen. Sie werden zunächst in dem grossen Militärhospital zu Netley untergebracht, das aber trotz seiner 1100 Betten bereits an die Grenze seiner Aufnahmsfähigkeit gelangt ist. Um weiteren Platz zu gewinnen, hat man desshalb in der Nähe des Hauptgebäudes zunächst für die Reconvalescenten 30 Doecker'sche Zeltbaracken mit ca. 300 Betten aufgeschlagen, ausserdem aber haben sich eine so grosse Anzahl von Civilspitälern und Genesungsheimen zur Aufnahme der von Afrika kommenden Kranken und Verwundeten bereit erklärt, dass die Platzfrage den Behörden weiter keine Schwierigkeiten machen wird.

Die Krankheiten, unter denen die Truppen am meisten zu leiden haben, sind Abdominaltyphus und Dysenterie und schon jetzt sind an diesen beiden allein über 500 Todesfälle zu beklagen. Namentlich in Ladysmith hat in letzter Zeit der Typhus viele Opfer gefordert und man glaubt, dass nach der jetzt täglich erwarteten Entsetzung dieses Platzes, die Zahl der in Natal verfügbaren Betten, welche etwa 3000 beträgt, kaum für den sicher eintretenden Massenandrang von Kranken ausreichen wird.

Die ärztliche Untersuchung der nach Afrika ausgesandten Mannschaften scheint nicht immer allzu sorgfältig gewesen zu sein. So klagt ein ärztlicher Berichterstatter sehr darüber, dass

mit den Truppentransporten so viele Kranke, vor Allem Geschlechtskranke, in Kapstadt ankommen. Ein Theil dieser Leute hat sich natürlich erst kurz vor der Abreise inficirt, aber „Ich habe", so schreibt er, „eine ganze Anzahl von Fällen mit secundär syphilitischen Symptomen gesehen, die beweisen, dass man die wahrscheinlichen Folgen des Primäraffectes nicht genügend berücksichtigt hat." Auch eine Reihe von Leuten aus der Reserve und Miliz waren in Folge von chronischer Gonorrhoe mit reichlichem eiterigen Ausfluss durchaus dienstuntauglich und mussten wieder nach England zurückgesandt werden.

Die zur Zeit sich wieder recht unangenehm fühlbar machende Influenza hat natürlich auch auf den Truppentransportschiffen viele Erkrankungen verursacht, und die davon Befallenen brauchen lange Zeit zu ihrer Erholung. Auch scheint mir, dass die grosse Anzahl der beobachteten Pneumonien wahrscheinlich auf Influenza zurückzuführen ist. So hat ein Schiff allein auf der Ausreise 7 Todesfälle an Pneumonie gehabt. Von sonstigen Infectionskrankheiten wie Scharlach und Diphtherie sind glücklicher Weise nur vereinzelte Fälle beobachtet worden. K. F.

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

Medicinische Akademie zu Turin.

Aus der Sitzung vom 11. November 1899 erwähnen wir die Mittheilungen von Micheli und Mattirols über **chylöse Exsudate**, welche nur sehr wenig Fett enthalten. Wenn sich die milchartige Färbung eines Exsudates nicht durch Fette und Albumenbeimischung erklären lässt, so soll man seine Aufmerksamkeit auf das Lecithin richten, welches sehr leicht emulsionsfähig ist.

Die Autoren fanden in chylöser Ascitesflüssigkeit 0,25 und 0,15 g Lecithin. Sie stellten darauf fest, in welchem Verhältniss Beimengung von Lecithin Opalescenz einer serösen Flüssigkeit bewirken kann und fanden, dass 0,15 reines Lecithin nach der Methode von Ziebron präparirt, genügte, um 1000 ccm klares Serum milchig zu färben.

Sie halten das Lecithin in fettarmen chylösen Exsudaten für die wahrscheinliche Ursache der Opalescenz.

Medicinisch-chirurgische Gesellschaft zu Parma.

In der Sitzung vom 10. December 1899 veröffentlicht Guizzetti seine Untersuchungen über den **Typhusbacillus**, welche er an 48 Leichen und Typhuskranken anstellte. Bei 43 derselben wurde der Typhusbacillus gefunden. Am häufigsten fand er sich in den Glandulae mesaraicae. In den kleinen Drüsen des Mesocolons und auf der Aussenwand des Dünndarms waren die Culturen vollständig negativ; im Blute fand sich der Typhusbacillus nie. In summa folgt aus den Untersuchungen G.'s, dass der Typhusbacillus durch die Lymphwege des verletzten Darmes zur Lymphcysterne wandert und zum Ductus thoracicus und auf diesem Wege in den Körper gelangt. Dieser Schluss ist desshalb gestattet, weil sich der Typhusbacillus nie in den Blutgefässen findet. Hager-Magdeburg-N.

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

Am 24. und 25. vor. Mts. fanden Ausschusssitzungen des Vereins zu Frankfurt a. M. unter dem Vorsitz des Geh. Bauraths Stübben-Köln statt. Anwesend waren Geheimrath Prof. Dr. Gaffky-Giessen, Oberbürgermeister Schneider-Magdeburg, Baurath Mayer-Stuttgart, Bürgermeister v. Borscht-München, Geheim. Sanitätsrath Dr. Spiess-Frankfurt, Hofrath Dr. Stich-Nürnberg.

Als Ort für die heurige Versammlung wurde Trier gewählt; als Termin wurde der 12.—15. September festgesetzt, sodass die Besucher direct zur Naturforscher-Versammlung nach Aachen sich begeben können.

Ferner wurde beschlossen, ein Preisausschreiben zu erlassen für die besten populär gehaltenen Aufsätze über die Reinlichkeit der Verkaufsstellen von Nahrungsmitteln. Die Höhe der Preise schwankt zwischen 50—200 Mark; im Ganzen sollen 2000 Mark für diesen Zweck aufgewendet werden. Die Arbeiten sollen sich für Sonntagsbeilagen von Tageszeitungen und zur Aufnahme in Schullesebücher eignen.

Preisrichter sind ernannt.

Als Themata hat der Ausschuss für die nächste Versammlung folgende angenommen:

1) Maassregeln zur Bekämpfung der Pest;
2) Wasserversorgung mittels Thalsperren in gesundheitlicher Beziehung;
3) Ursachen und Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit;
4) Hygiene des Fahrrades;
5) die kleinen Wohnungen in den Städten, ihre Beschaffung und Verbesserung;
6) die Wasserversorgung kleiner Städte.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

In einer Arbeit: „Einige Versuche über die Wirksamkeit des Bromipins bei Epilepsie" (Inaug.-Diss., Göttingen 1899) veröffentlicht F. Schulze die Resultate einer Versuchsreihe, welche er an Epileptikern der Göttinger Irrenanstalt mit dem Bromipin vorgenommen hat. Das Mittel hat in allen Fällen die Epilepsie zweifellos günstig beeinflusst, ohne die Erscheinungen des Bromismus hervorzurufen. Es hat sich gezeigt, dass das Bromipin, in entsprechender Menge gegeben, als Sedativum dem Bromkalium nicht nur gleichwerthig ist, sondern dass es noch in Fällen wirksam war, wo die Bromsalze versagten. Es wurde in allen Fällen ohne Widerwillen auch auf die Dauer eingenommen und gut vertragen. Bromipin ist eine organische Verbindung von Brom und Sesamöl; es wird (von Merck in Darmstadt) mit 10 Proc. sowie mit $33\frac{1}{3}$ Proc. Bromgehalt hergestellt (Bromkalium enthält 67 Proc. Br). Das letztere Präparat kommt in elastischen Kapseln von 2,0 Inhalt, entsprechend einem Bromgehalt von 0,66 und gleichwerthig 0,99 Kal. bromat., in den Handel. R. S.

Ammoniumchlorid gegen Trigeminusneuralgie. In vielen Fällen von Neuralgie, speciell des Trigeminus, sah Campbell gute Erfolge von der Anwendung des Ammoniumchlorids in grossen und rasch aufeinander folgenden Dosen. Seine Vorschrift ist folgende:

Rp.		
Rp.	Ammoniumchlorid.	10,0
	Tinct. gelsemin.	1,5
	Tinct. aconit.	0,2
	Succ. liquirit.	20,0
	Aq. dest.	150,0

MDS. Alle Stunden 2 Esslöffel zu nehmen.

Bei besonders heftigen Fällen ist eventuell der Zusatz von etwas Morphium angezeigt. (Treatment, August 1899.) F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 6. März 1900.

— Der Streit der Aerzte in Remscheid mit der Allgemeinen Ortskrankencasse daselbst, der im September 1898 ausbrach, hat bekanntlich s. Z. damit geendet, dass, nachdem die Remscheider Aerzte ihre Thätigkeit bei der Casse niedergelegt hatten, diese sechs fremde Aerzte heranzog, welche nach Landmann'schem System, als sogen. „beamtete Aerzte" angestellt wurden, d. h. sie traten mit Ausschluss privatärztlicher Thätigkeit völlig in den Dienst der Casse und erhielten für ihre Leistungen ein festes Jahresgehalt. Wie vorauszusehen war, hat sich das System in der $1\frac{1}{2}$ jährigen Frist nicht bewährt. Wie wir einer von dem Vorstand der Ortsgruppe Remscheid des Bergischen Aerztevereins uns zugehenden Zuschrift entnehmen, haben sich die Schwierigkeiten und Missstände immer mehr gehäuft und es ist jetzt beim Cassenvorstand im Princip beschlossene Sache, das Landmann'sche System nach Ablauf der Verträge wieder aufzuheben und zum Vertragsschluss mit frei prakticirenden Aerzten zurückzukehren. Unter diesen Umständen thun die Remscheider Aerzte, die in dem Streit mit der Casse einen so erfreulichen Beweis ihrer Geschlossenheit gegeben haben, gut daran, schon jetzt die Bedingung auszusprechen, unter denen allein sie bereit sein werden bei der allgemeinen Ortskrankencasse wieder thätig zu sein. Es ist die Bedingung der bei anderen Cassen in Remscheid sehr gut bewährten freien Arztwahl, die der Verein in dem Satze formulirt: „Alle unsere Vereinsmitglieder und nur unsere Vereinsmitglieder sind zur cassenärztlichen Thätigkeit berechtigt. Will die Casse diese Bedingung nicht anerkennen, so wird sie auf's Neue gezwungen sein, fremde Aerzte herbeizuziehen. Einem solchen Rufe Folge zu leisten, davor warnt der Aerzteverein schon jetzt alle Collegen. Das beabsichtigte Cassenhonorar — 3—4000 Mark — ist bei den bestehenden Theuerungsverhältnissen eine absolut ungenügende Jahreseinnahme und auf Einnahme aus der Privatpraxis ist nicht zu rechnen. Verbleiben doch von den 54 000 Einwohnern Remscheids, nach Abzug der Verheiratheten und ihrer Angehörigen, sowie der Armen, für die privatärztliche Thätigkeit höchstens 15 000 Menschen, für welche z. Z. 20 Privatpraxis treibende Aerzte vorhanden sind. Dazu kommt, dass jeder von der Ortskrankencasse herbeigezogene Arzt eine ganz bestimmt gekennzeichnete Stellung haben wird und bei der gegen die Casse bestehenden Stimmung auf Praxis im Publicum nicht wird rechnen können. Ausserdem würde ein solcher Arzt ohne Rückhalt an seinen Collegen dem Schalten des Cassenvorstandes völlig freigegeben sein, so dass für ihn weder von einer lohnenden Wirksamkeit noch von einer befriedigenden Stellung wird die Rede sein können. Der Mahnruf des Remscheider Aerztevereins wird hoffentlich seitens der deutschen Collegen die gebührende Beachtung finden. Wir lassen den Schluss des erwähnten Schreibens im Wortlaut folgen:

„Möge desshalb Niemand unter den deutschen Collegen sich durch gegentheilige Schilderungen blenden lassen! Und wie wir uns hier auf dem vorgeschobenen Posten als Kämpfer betrachten, durchaus nicht für unsere localen Interessen allein, sondern für das Wohl des gesammten Aerztestandes, dessen Zukunft durch die Landmann'sche Ausnutzung des unglückseligen Kranken-

cassengesetzes auch dort schwer bedroht ist, wo jetzt noch Ruhe und Frieden herrschen, so rechnen wir auch fest auf das Solidaritätsgefühl unter den Collegen und bitten jeden Einzelnen an seinem Theile um Beistand und Mitwirkung."

— Im preussischen Abgeordnetenhaus ist am 6. Februar bei Berathung des Etats der Berg-, Hütten- und Salinenverwaltung der Abgeordnete Dr. Max Hirsch-Berlin mit grosser Wärme für die freie Arztwahl eingetreten, deren Einführung bei den Knappschaftscassen er befürwortete. In seiner Erwiderung erklärte der Handelsminister, dass nach Abschluss der Revision des Alters- und Invalidenversicherungsgesetzes die Revision des Krankenversicherungsgesetzes an die Reihe kommen werde; bei dieser Gelegenheit werde die Frage der freien Arztwahl zweifellos Gegenstand einer eingehenden Erörterung sein. Für die Knappschaftscassen, deren wirthschaftliche Lage nicht günstig sei, sei die freie Arztwahl zu kostspielig. Eine vermehrte Kostspieligkeit bestritt Hirsch in seiner Replik.

— Der bayerische Landtag beschloss in seiner Sitzung vom 3. März, es sei die k. Staatsregierung zu ersuchen, im Bundesrathe darauf hinwirken zu wollen, dass sobald als möglich ein Fleischbeschaugesetz zu Stande kommt, welches ausspricht: 1. dass bei allen Thieren, deren Fleisch ausschliesslich im eigenen Haushalt des Besitzers verwendet wird, auch ferner die Beschau unterbleiben darf; 2. dass die für den öffentlichen Verkehr mit inländischen Fleischwaaren aus sanitären Gründen zu erlassenden strengen Controlvorschriften in gleicher Weise, insbesondere bezüglich einer nothwendigen 2 maligen Beschau, auch gegenüber den vom Auslande eingeführten Fleischwaaren wirksam gemacht werden müssen.

Auch das Irrenwesen wird noch die gegenwärtige Landtagssession beschäftigen. Nach einer Anregung der kgl. Staatsregierung sollen die Kosten für Unterbringung von Geisteskranken und Blöden in Irren- und Blödenanstalten den mit Armenlasten überbürdeten Gemeinden, bezw. den unterstützenden Districtsgemeinden zu einer zu bestimmenden Summe aus Kreismitteln ersetzt werden. Die Annahme dieses Antrages würde, allerdings nur in geringem Grade, dazu beitragen, dass die Armenpflegschaften die Geisteskranken früher in eine Anstalt einweisen, und würde damit eine grössere Möglichkeit der Heilung gewährleisten, sowie der Verwahrlosung dieser bedauernswerthen Kranken entgegenwirken. Noch weit zweckmässiger und für die Kranken wohlthätiger aber wäre es, wenn die Kreisarmenpflege, der ohnedies die Begründung und Erhaltung der Irrenhäuser gesetzlich obliegt, auch die Verpflegungskosten für sämmtliche arme Geisteskranken zu übernehmen hätte. — Die Aufhebung der bisherigen, auch als psychiatrische Universitätsklinik dienenden Oberbayerischen Kreisirrenanstalt in München und ihre Verlegung in grössere Entfernung von der Stadt machen die Trennung der Professur für Psychiatrie von der Direction der Irrenanstalt, sowie die Errichtung einer neuen Irrenklinik nothwendig. Zwischen der Staatsregierung und der Münchener Stadtverwaltung bestehen Differenzen bezüglich der pecuniären Heranziehung der Stadt und der Ueberlassung des Krankenmaterials zu klinischen Zwecken. Wir gehen hierauf nicht weiter ein und müssen nur bei der immer grösseren Wichtigkeit einer praktischen psychiatrischen Ausbildung der Aerzte und Amtsärzte die Errichtung einer Universitäts-Irrenklinik in Verbindung mit den übrigen klinischen Instituten als unbedingt und dringend nothwendig bezeichnen.

Geheimrath Koch ist, der Deutsch. med. Wochenschr. zu Folge, auf seiner grossen wissenschaftlichen Reise am 29. December v. J. in Stephansort auf Deutsch-Neuguinea eingetroffen.

— Pest. Portugal. In Porto war seit dem November v. J. eine stetige Abnahme der Erkrankungen an der Pest festgestellt; im Monat Januar wurden 4 Fälle beobachtet, von denen der letzte am 23. Januar tödtlich endete. — Aden. In Aden sind zu Folge einer Mittheilung vom 23. Februar 6 Pestfälle festgestellt. — Japan. Zu Folge einer Mittheilung vom 8. Januar sind in Kobe seit dem 25. December v. J. Pestfälle nicht mehr festgestellt worden, nachdem vom 21. November bis zum 25. December dortselbst 14 Erkrankungen, darunter 10 mit tödtlichem Ausgang beobachtet worden waren. In Osaka sind im Ganzen 39 Pestfälle, darunter 36 mit tödtlichem Ausgang festgestellt, 3 Pestkranke befanden sich am 8. Januar noch in ärztlicher Behandlung. Unter den Erkrankten befanden sich drei mit der Ausführung der Sanitätsmaassregeln und mit der Behandlung von Pestkranken befasste Aerzte, von denen zwei der Krankheit erlegen sind. — Madagaskar. In Tamatave ist seit dem Todesfall am 18. December v. J. kein Fall von Pest mehr vorgekommen, so dass die Stadt seit dem 31. December, wie bereits mitgetheilt, als pestfrei gilt. Um einem Wiederauftreten der Seuche nach Kräften vorzubeugen, wird ununterbrochen an der Säuberung und Sanirung der Stadt gearbeitet. — Réunion. Zu Folge Mittheilung vom 13. Februar ist die Pest in St. Denis erloschen und werden den Schiffen, welche die Häfen der Insel La Réunion verlassen, seit dem 25. Januar reine Gesundheitspässe ausgestellt. — Mozambique. Zu Folge amtlicher Nachricht vom 17. Februar ist in Magude seit dem 23. Januar kein Fall von Pest mehr beobachtet worden. — Brasilien. Seit dem 22. Jan. ist in der Stadt Sao Paulo zu Folge einer Mittheilung vom 29. Jan. wieder ein Pestfall, aber mit gutartigem Verlauf festgestellt worden. — Paraguay. Vom 9. bis 16. Januar sind in Asuncion 2 Erkrankungen und 2 Todesfälle an der Pest festgestellt. — Neu-Caledonien. Vom 2. bis 8. Februar sind in Numea 3 Erkrankungen und 1 Todesfall an der Pest festgestellt. (V. d. K. G.-A.)

— In der 7. Jahreswoche, vom 11. bis 17. Februar 1900, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Danzig mit 54,6, die geringste Bamberg mit 12,5 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Darmstadt; an Scharlach in Borbeck; an Diphtherie und Croup in Elbing, Gleiwitz.

— Frederick Treves gibt, in seinen Kriegsberichten im Brit. med. Journal fortfahrend, in der Nummer vom 3. März eine interessante Schilderung der Kämpfe am Spionskop. Der schwerste Tag war der Mittwoch, 24. Januar. Da die meisten Verwundungen auf der Höhe des sehr steilen Berges erfolgten, war die Bergung der Verwundeten sehr schwierig, wurde aber verhältnissmässig gut bewältigt. Am Donnerstag wurden 600 Verwundete in's Lazareth gebracht, im Ganzen, einschliesslich der vorhergehenden Tage, 900, also mehr als bei der Schlacht bei Colenso. Auch der Charakter der Verletzungen war schwerer als dort, da die meisten durch Granatsplitter und Shrapnels herbeigeführt waren. Auch die sehr schwere Verwundung des General Woodgate rührte von einem Granatsplitter her; derselbe drang in die rechte Orbita ein, zerstörte das Auge und eröffnete die Schädelhöhle. — Ein anderer Correspondent des Brit. med. Journ. in Kapstadt äussert sich über die physische Qualität der in letzter Zeit in Kapstadt gelandeten Reserven und Milizen und kommt dabei zu einem sehr abfälligen Urtheil. Es befanden sich unter ihnen eine sehr grosse Anzahl Untauglicher („lame ducks"), die sofort wieder nach Hause geschickt werden mussten. Der Correspondent macht dafür die ungenügende ärztliche Untersuchung in England verantwortlich. Sonst wäre es nicht möglich gewesen, dass Leute mit ausgesprochener Phthise, mit Nierenkrankheiten, tertiärer Syphilis, Beingeschwüren, ausgebreiteten Varicen, Variocelen, Hernien, chronischen Gonorrhöen, deutlichen Herzklappenfehlern u. s. w. abgeschickt worden wären. Und das nicht nur in einigen Fällen, sondern in einem sehr erheblichen Procentsatz. Auch über Mangel an ärztlichem und Pflegerpersonal führt derselbe Berichterstatter bittere Klage. — Die Zahl der im Kriege gefallenen britischen Officiere und Mannschaften beläuft sich nach dem Brit. med. Journ. bis 24. Februar auf 1652; dazu kommen 294, die ihren Wunden erlagen, so dass die Gesammtzahl der Getödteten bis zu dem genannten Tage 1946 betrug. An Krankheiten starben bis zu demselben Termin 723 Officiere und Mannschaften, ein im Vergleich zu der Zahl der Gefallenen sehr günstiges Verhältniss. Von den Verwundeten, bis 17. Februar 5303, werden 95 Proc. als geheilt angegeben. Dieses gegenüber früheren Kriegen ausserordentlich günstige Verhältniss ist in erster Linie der Gutartigkeit der Mauserkugel zu verdanken, dann aber wohl auch dem Umstand, dass dies der erste grosse Krieg ist, in dem die Wundbehandlung ganz nach antiseptischen Grundsätzen geschieht.

— Die Kölnische Unfallversicherungs-Actiengesellschaft in Köln a. Rh. theilt uns mit, dass sie in ihren Vertrag eine neue, günstigere Klausel, die Infectionskrankheiten betreffend aufgenommen hat. Hiernach sind in den Versicherungsvertrag eingeschlossen „alle localen oder allgemeinen Infectionskrankheiten, z. B. Blutvergiftung, Syphilis, Tuberculose, Rotz, Hundswuth u s. w. und deren Folgen, bei denen der Ansteckungsstoff durch äussere Verletzungen (gleichviel in welcher Weise und wann dieselben entstanden sind), also nicht durch die natürlichen Eingangspforten in den Körper gelangt ist. Vorausgesetzt ist, dass die Ansteckung ohne Willen des Versicherten und auch ohne nachweisbare gröbliche Ausserachtlassung der gebotenen Vorsichtsmaassregeln seitens des Versicherten erfolgt ist. Jede Infection, die durch geschlechtlichen Verkehr hervorgerufen wird, ist ausgeschlossen, gleichviel an welchem Körpertheil sie auftritt. Die Anzeige hat unmittelbar zu erfolgen, nachdem der Charakter der Krankheit erkannt worden ist, unter Angabe der eingeschlagenen Behandlung." — Die genannte Gesellschaft steht in Vertragsverhältniss mit dem ärztlichen Bezirksverein München.

— Ein „Württembergisches Aerztebuch" gibt der Ausschuss des Württembergischen ärztlichen Landesvereins heraus, von dem soeben die zweite Ausgabe (Stuttgart 1900) erschienen ist. Das Aerztebuch stellt das officielle Verzeichniss der württembergischen Aerzte dar, unterscheidet sich aber von ähnlichen Verzeichnissen, z. B. dem Schematismus der bayerischen Aerzte, vortheilhaft dadurch, dass dasselbe auch kurze biographische Angaben über jeden einzelnen Arzt enthält. Für die württembergischen Collegen ist die Herausgabe des Aerztebuchs jedenfalls von grossem Werth. Durch die sorgfältige Bearbeitung hat sich Herr Dr. Deahna-Stuttgart ein grosses Verdienst erworben.

(Hochschulnachrichten.)

Würzburg. Prof. v. Michel hat den Ruf nach Berlin angenommen.

Bologna. Der Professor an der med. Facultät zu Padua Dr. D. Cervesato wurde zum ordentlichen Professor der Klinik der Kinderkrankheiten ernannt.

Genua. An Stelle des zurückgetretenen Prof. J. Martini wurde Dr. Rudolf Weber zum o. Professor der Psychiatrie ernannt.

Jassy. Dr. C. Juvara wurde zum Professor der chirurgischen Anatomie ernannt.

Krakau. Der Privatdocent Dr. St. Ciechanowski wurde zum a. o. Professor der pathologischen Anatomie ernannt.

Messina. Dr. A. Lamari, bisher Privatdocent zu Neapel, habilitirte sich für medicinische Pathologie.

New-York. Dr. R. O. Born wurde zum Professor der Augenheilkunde an New York Poliklinik and Hospital ernannt.

Turin. Der a. o. Professor der chirurgischen Patologie Dr. A. Carle wurde zum o. Professor ernannt.

(Todesfälle.)

Dr. Decès, Professor der chirurgischen Klinik an der medicinischen Schule zu Reims.

Dr. J. C. de Sande Saccadura Botte, Professor der Pharmakologie und Dekan der medicinischen Facultät zu Coimbra.

Dr. S. Wilmot, früherer Präsident des Royal college of surgeons of Ireland.

Dr. Eugen Boeckel, 68 Jahre alt, Professor der früheren französischen medicinischen Facultät in Strassburg, seit 1872 Leiter des dortigen Bürgerspitals.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung: Dr. Fritz Zeitler, appr. 1900, in Wörth a. D. Dr. Friedr. Crusius (nicht Courius), appr. 1896, Dr. Wilhelm Gemünd, appr. 1897, beide in München. Otto Brachmann, appr. 1900, in St. Gilgenberg. Dr. Fleischmann in Freinsheim.

Verzogen: Dr. Nusch von St. Gilgenberg als Assistenzart in das Krankenhaus nach Nürnberg. Dr. Karl Jourdan von Berneck nach München. Dr. Adolf Josephson von München nach Hannover.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 8. Jahreswoche vom 18. bis 24. Februar 1900.

Betheil. Aerzte 280. — Brechdurchfall 6 (12*), Diphtherie, Croup 10 (12), Erysipelas 14 (15), Intermittens, Neuralgia interm. — (3), Kindbettfieber 2 (—), Meningitis cerebrospin. — (2), Morbilli 409 (437), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 6 (4), Parotitis epidem. 2 (5), Pneumonia crouposa 10 (22), Pyaemie, Septikaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 39 (33), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 4 (2), Tussis convulsiva 16 (19), Typhus abdominalis 1 (4), Varicellen 7 (7), Variola, Variolois — (—). Summa 527 (577).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 8. Jahreswoche vom 18. bis 24. Februar 1900.
Bevölkerungszahl: 463 000.

Todesursachen: Masern 30 (20*), Scharlach 1 (—), Diphtherie und Croup 2 (2), Rothlauf 2 (2), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 2 (3), Unterleibstyphus 1 (2), Keuchhusten — (2), Croupöse Lungenentzündung — (—), Tuberculose a) der Lungen 45 (33), b) der übrigen Organe 5 (10), Acuter Gelenkrheumatismus — (2), andere übertragbare Krankheiten 10 (17), Unglücksfälle 3 (1), Selbstmord 3 (3), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 267 (266), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 30,0 (30,0), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 21,4 (21,0).

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: December[1]) 1899 und Januar 1900.

Regierungsbezirke bezw. Städte mit über 30,000 Einwohnern	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens, Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebrospin		Morbilli	
	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.
Oberbayern	148	123	184	176	90	104	17	38	16	10	—	—	889	2416
Niederbay.	49	40	64	33	30	27	17	11	4	2	1	2	60	37
Pfalz	40	64	134	189	49	55	5	4	7	5	—	2	198	307
Oberpfalz	40	49	58	59	39	39	6	7	4	—	—	—	60	37
Oberfrank.	47	35	238	178	45	55	3	3	6	3	2	3	404	192
Mittelfrank.	49	57	160	161	62	75	6	11	4	7	—	4	1022	697
Unterfrank.	21	24	89	78	28	39	4	—	1	5	3	1	719	290
Schwaben	90	42	141	102	55	54	6	11	11	5	1	1	137	161
Summe	481	434	1068	976	398	448	64	85	53	37	7	13	3489	4137
Augsburg[3])	12	8	14	21	6	10	1	1	—	2	—	—	53	104
Bamberg	2	2	22	29	3	3	2	3	—	—	—	—	130	12
Fürth*)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Kaiserslaut.	1	1	10	29	5	1	—	—	2	1	—	—	10	48
Ludwigshaf	7	19	20	18	3	7	—	3	—	—	—	—	11	6
München[3])	35	51	71	83	51	43	4	9	13	3	—	—	695	2187
Nürnberg	12	25	48	73	23	52	1	7	1	—	—	2	376	171
Regensburg	11	16	18	9	8	11	4	3	—	—	—	—	10	10
Würzburg	9	14	10	10	8	7	—	—	—	1	2	1	206	36

Regierungsbezirke bezw. Städte mit über 30,000 Einwohnern	Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica		Pneumonia crouposa		Pyaemie, Septikaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)	
	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.
Oberbayern	20	23	94	78	258	330	5	6	221	287	2	1
Niederbay.	2	1	13	13	180	160	4	1	62	63	—	—
Pfalz	2	5	48	31	239	260	6	3	85	101	4	—
Oberpfalz	1	—	95	122	140	143	3	1	76	76	1	—
Oberfrank.	—	2	29	8	203	162	1	3	57	67	—	1
Mittelfrank.	2	6	2	10	322	302	1	2	99	189	—	—
Unterfrank.	—	—	16	17	169	154	4	2	46	49	—	—
Schwaben	3	17	70	7	239	274	5	2	93	125	1	—
Summe	30	51	367	286	1750	1785	29	20	739	957	8	2
Augsburg[3])	1	2	1	—	28	53	—	—	21	29	—	—
Bamberg	—	—	1	—	9	10	—	—	6	7	—	—
Fürth*)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Kaiserslaut.	—	—	—	—	5	4	3	—	4	6	—	—
Ludwigshaf	—	3	3	25	19	10	1	—	17	16	—	—
München[3])	14	12	30	35	111	145	—	1	123	171	—	—
Nürnberg	—	5	—	8	33	96	—	—	39	111	—	—
Regensburg	1	—	82	74	17	19	1	—	12	15	—	—
Würzburg	—	—	7	7	17	10	—	—	7	1	—	—

Regierungsbezirke bezw. Städte mit über 30,000 Einwohnern	Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheil. Aerzte
	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.		J.
Oberbayern	42	41	106	123	14	15	106	89	—	—	851	379
Niederbay.	15	10	20	44	3	1	17	11	—	—	180	93
Pfalz	14	31	57	59	21	17	23	38	—	—	287	132
Oberpfalz	56	38	55	72	1	3	7	11	—	—	155	89
Oberfrank.	57	66	70	54	—	5	21	24	—	—	192	124
Mittelfrank.	16	34	46	140	12	9	54	99	—	—	342	241
Unterfrank.	17	13	31	36	20	7	16	8	—	—	294	101
Schwaben	21	22	98	129	5	3	29	32	—	—	285	174
Summe	238	255	483	657	76	60	273	312	—	—	2586	1333 [2])
Augsburg[3])	7	8	27	47	—	1	16	8	—	—	59	59
Bamberg	9	3	1	—	—	—	3	—	—	—	42	13
Fürth*)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Kaiserslaut.	4	2	—	—	—	1	1	7	—	—	21	7
Ludwigshaf	2	15	12	20	1	1	3	6	—	—	19	18
München[3])	35	33	68	84	9	12	76	75	—	—	522	286
Nürnberg	10	26	14	83	1	2	42	81	—	—	153	145
Regensburg	39	13	22	15	1	—	2	3	—	—	40	35
Würzburg	3	1	—	4	2	3	12	4	—	—	77	30

*) Nachdem aus der Stadt Fürth Einsendungen nicht bethätigt werden, kann diese Stadt in vorliegender Tabelle nicht mehr berücksichtigt werden.

Bevölkerungsziffern: Oberbayern 1,186,950, Niederbayern 673,523, Pfalz 765,991, Oberpfalz 546,834, Oberfranken 586,061, Mittelfranken 737,181, Unterfranken 632,588, Schwaben 689,416. — Augsburg 81,896, Bamberg 38,940, Kaiserslautern 40,828, Ludwigshafen 46,000, München 411,001, Nürnberg 193,890, Regensburg 41,471, Würzburg 68,747.

Einsendungen fehlen aus den Aemtern Aichach, Bruck, Schrobenhausen, Bogen, Dingolfing, Landshut, Neumarkt, Neunburg v/W., Neustadt a/WN., Gunzenhausen, Neustadt a/A., Uffenheim, Karlstadt, Kitzingen, Königshofen, Obernburg, Kempten, Neuburg a/D. und Oberdorf.

Höhere Erkrankungszahlen (ausser von obigen Städten) werden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten:

Diphtherie, Croup: Epidemisches Auftreten in Maudach (Ludwigshafen), 19 behandelte Fälle, wieder erloschen, ferner in Thannhausen (Krumbach), 13 behandelte Fälle, in Hersbruck und Engelthal, 23 behandelte Fälle, gehäufte Fälle in Wertingen, 15 behandelte; Schulschluss in Niederlauer und Löhrieth (Neustadt a/S.) wegen Erkrankungen in der Lehrerfamilie. Amt München II 39 (hievon 29 im ärztlichen Bezirke Wolfratshausen), Stadt- und Landbezirke Forchheim 33, Bayreuth 30, Amt Pirmasens 23 behandelte Fälle.

Morbilli: Fortsetzung der Epidemien in den Aemtern Forchheim (noch in 5 Gemeinden), Hersbruck (besonders im Districte Lauf und an der oberpfälzischen Grenze), Scheinfeld (Schulschluss in Iphofen, leicht), Schwabach (in Georgensgmünd und Umgebung), Gerolzhofen (in Rüdenhausen), Marktheidenfeld (in Hasloch), Schweinfurt (weitere Ausbreitung im nördlichen und nordwestlichen Theile des A.-G. Schweinfurt, in 4 Ortschaften, 62 behandelte Fälle), Würzburg (115 behandelte Fälle) und Donauwörth (in Blossenau fast sämmtliche Kinder der unteren Classen und in Schweinspoint von 53 Kindern 36 erkrankt; Ende des Monats wieder erloschen). Epidemisches Auftreten ferner in den Aemtern Kötzting (in Lam und Umgebung), Kusel (in grosser Extensität in Lehweiler, Hüffler und Schellweiler), Landau i/Pf. (in Queichheim), Ebern (beginnende Epidemie in Memmelsdorf), München II (in den Gemeinden Ascholding, Egling, Eurasburg, Degerndorf und Holzhausen, in letzteren drei ca. 100 behandelte Fälle), Günzburg (in Offingen und Rettenbach), ferner in den Städten Erlangen (146) und Neu-Ulm (38 behandelte Fälle). Epidemie im Amte Pegnitz (in Ahrenthal) erloschen, im Amte Hilpoltstein nach Durchseuchung des ganzen Bezirkes überall im Erlöschen. Stadt- und Landbezirke Ansbach 65, Dinkelsbühl 41, Eichstätt 30 behandelte Fälle.

Parotitis epidemica: Fortsetzung der Epidemie in Mundenheim (St. Ludwigshafen); eine weitere Schulclasse befallen, 25 behandelte Fälle und Stadt Günzburg. Epidemie ferner in den Aemtern Mühldorf (in Aschau), Kötzting (unter Kindern in Neukirchen b/hl. Bl.), Roding (ausgedehnte Epidemie in Nittenau, keine ärztliche Hilfe beansprucht) und Eggenfelden (in Simbach und Umgebung); häufige Erkrankungen in der Stadt Amberg.

Scarlatina: Epidemie im Amte Neustadt a/S. erloschen. Aerztlicher Bezirk Auerbach (Eschenbach) 16 behandelte Fälle; 4 Fälle aus Böhmen nach Reichenau (Waldmünchen) eingebracht. Stadt- und Landbezirk Bayreuth 23 und 21 behandelte Fälle.

Tussis convulsiva: Fortsetzung der Epidemie in Bärnau (Tirschenreuth) und Umgebung sowie in Burtenbach (Günzburg) Epidemie ferner in den Aemtern Friedberg (in den Gemeinden Paar, Dasing, Harthausen), Burglengenfeld (im ärztlichen Bezirke Schwandorf 50 behandelte Fälle), Marktheidenfeld (in Reistenhausen), Krumbach (in Krumbach, Hürben und Münsterhausen), Sonthofen (in Staufen und Umgebung); Epidemie in Pegnitz erloschen..

Typhus abdominalis: Fortsetzung der Epidemien im Amte Bergzabern (6 weitere Fälle in Rinnthal); ferner 2 weitere Fälle in einem Hause in Venningen (Landau i Pf), in welchem im December 6 Fälle vorgekommen waren.

Varicellen: Rückgang der Epidemie im Amte Schongau. Epidemie unter Kindern in Holzhausen (Landsberg), ca. 60 erkrankt, nur 1 ärztlich behandelt.

Influenza: Fortdauer mässiger Epidemien in den Aemtern Garmisch (ca. 100 Fälle, meist respir. Form, bei Kindern vielfach mit pneum. Infiltrationen complicirt), München II (häufig in den ärztlichen Bezirken Dietramszell und Starnberg, leicht), Nördlingen. Epidemisches Auftreten ferner in den Aemtern Altötting (104 behandelte Fälle, meist bronchitische, auch neuralgische, seltener gastrische Form), Berchtesgaden (ab Ende Januar gehäufte meist leichte Fälle), Dachau (ca. 60 behandelte Fälle, gutartig), Erding (vorwiegend nervöse Form), Laufen (gegen Ende des Monats an Intensität und Extensität zunehmend), Wasserburg (ärztlicher Bezirk Haag), Weilheim (ca. 100 behandelte Fälle, meist respir. Form, einige intestinale, mit katarrh. Ikterus complicirt, Kinder und Erwachsene befallen), Viechtach (milder Verlauf), Stadtsteinach (in Pressack, Enchenreuth und Grafengehaig), Alzenau (im A.-G. Schöllkrippen), ferner im Stadt- und Landbezirke Günzburg, in den Städten Regensburg, Donauwörth (57 behandelte Fälle, meist katarrhalische und nervöse Form) und Neu-Ulm. Im Amte Teuschnitz kamen u. A. 29 im Schieferbruche Lehesten beschäftigte Arbeiter in Behandlung. Städte Nürnberg 210, Augsburg 1088, Stadt- und Landbezirke Ingolstadt 53, Bayreuth 18, Forchheim 31, Landsberg 27, Aemter Cham 19, Zweibrücken 16, Pegnitz 15, ärztliche Bezirke Prien (Rosenheim) 60, Kirchseeon (Ebersberg) 19 behandelte Fälle angezeigt.

Von anderweitigen Erkrankungen wurden u. A. aus der Stadt Nürnberg gemeldet: 10 Fälle von Rubeolae, 5 von infect. Osteomyelitis, 1 von egyptischer Augenkrankheit.

Im Interesse möglichster Vollständigkeit vorliegender Statistik wird um regelmässige und rechtzeitige Einsendung der Anzeigen (ev. Fehlanzeigen) dringend ersucht. Insbesondere wäre auch wünschenswerth, dass sog. Sammelkarten ohne Rücksicht auf allenfalls ausstehende Anzeigen bis längstens 20. jeden folgenden Monats abgeschlossen und eingesandt würden. Verspätet zur Anzeige gelangte Fälle könnten dann in der Karte des folgenden Monats, durch rothe Tinte oder sonst wie als Nachträge gekennzeichnet, Aufnahme finden.

Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten, welche sich im Bedarfsfalle unter Angabe der Zahl der sich betheiligenden Aerzte an das K. Statistische Bureau wenden wollen.

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (No. 7) eingelaufener Nachträge. — [2]) Im Monat December 1899 einschliesslich der Nachträge 1430. — [3]) 49. mit 52. (1899) bezw. 1. mit 5. Jahreswoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's Buch- und Kunstdruckerei A.G., München.